3

DES AGENTS STUPÉFIANTS

DANS LES PARALYSIES.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie,
rue Garancière, 5, derrière Saint-Sulpice.

DE L'EMPLOI

DU

CHLOROFORME

ET DES

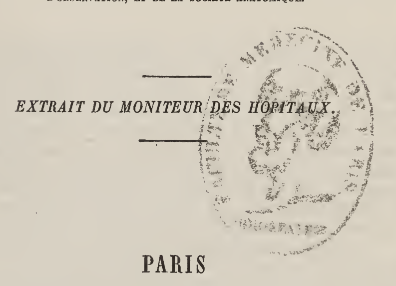
NARCOTIQUES COMME AGENTS THÉRAPEUTIQUES

ET COMME MOYENS DE DIAGNOSTIC DANS CERTAINES PARALYSIES,

Par M. O. LANDRY,

DOCTEUR EN MÉDECINE, EX-INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX,
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION, ET DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

EXTRAIT DU MONITEUR DES HOPITAUX.



PARIS

AU BUREAU DU MONITEUR DES HOPITAUX,
rue Garancière, n. 5.

1857

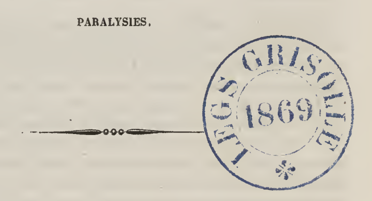
DE

L'EMPLOI DU CHLOROFORME

ET DES

NARCOTIQUES COMME AGENTS THÉRAPEUTIQUES

ET COMME MOYENS DE DIAGNOSTIC DANS CERTAINES PARALYSIES.



J'ai l'intention de signaler, dans ce mémoire, un de ces faits pleins d'intérêt et d'importance que l'étude des affections nerveuses révèle à chaque instant aux observateurs, je veux parler de l'action curative du chloroforme et des narcotiques dans quelques cas de paralysie. Avant d'aller plus loin, je dois reconnaître une sorte de priorité à M. le docteur Bonnefous, qui a publié, en 1853, dans la *Gazette médicale* de Toulouse, une observation analogue aux miennes, le seul document de ce genre que j'aie pu rencontrer dans les recueils périodiques. Je ne crains pas que cet aveu nuise à mes propres droits, et je me soumets, sous ce rapport, au jugement des lecteurs.

Les faits que je vais rapporter sont de deux ordres : dans les uns, le chloroforme et les narcotiques ont une action directe, immédiate, de telle sorte que la paralysie cesse instantanément ; dans les autres, l'influence de ces agents thérapeutiques est indirecte, éloignée, et s'exerce sur certains éléments pathogéniques de la paralysie.

OBS. I. — *Paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux sympathique d'un déplacement de l'utérus. — Aphonie et mutité consécutives. — Emploi des inhalations de chloroforme : retour immédiat, mais passager, des mouvements des muscles paralysés, de la voix et de la parole. — Guérison temporaire par l'administration du chlorhydrate de morphine suivant la méthode endermique.*

Mme C...., âgée de 31 ans, entre à l'établissement de Bellevue le 27 août 1855.

Antécédents. — Mme C.... ne connaît pas de maladies héréditaires dans sa famille ; parmi ses parents, ascendants et collatéraux, aucun n'a présenté rien d'analogue à l'affection dont elle est atteinte.

A l'exception d'une rougeole bénigne vers l'âge de huit ou dix ans, Mme C.... dit avoir été toujours très-bien portante jusqu'à l'âge de vingt ans. Elle n'était sujette à aucune indisposition habituelle. Première apparition des règles à quinze ans, sans trouble appréciable de la santé ; mais, après cette apparition, elles cessèrent de se montrer jusqu'à l'âge de seize ans. Leur suppression et leur retour ne furent provoqués par aucune cause connue, et ne s'accompagnèrent d'aucun accident : ni douleurs hypogastriques ou lombaires, ni gastralgie, ni palpitations, etc., la figure resta bien colorée et l'état général très-bon. Après le rétablissement de la menstruation, les époques furent parfaitement régulières ; elles duraient trois ou quatre jours, le sang était d'un rouge foncé, et l'écoulement n'était ni excessif ni trop peu abondant. Mme C.... ne se rappelle pas avoir éprouvé le moindre phénomène pénible pendant les périodes menstruelles ; le caractère devenait seulement un peu plus irritable.

A l'âge de vingt ans, elle fut atteinte d'une maladie aiguë considérée comme fièvre typhoïde par les médecins appelés. Cette affection débuta par un violent mal de tête, un accablement général et de la fièvre ; il s'y joignit des douleurs à la région de l'estomac, de la diarrhée et du délire. Le traitement consista en une saignée, deux applications de sangsues à l'épigastre et une aux cuisses, un vésicatoire au bras et la diète absolue. Mme C.... resta deux mois au lit ; quand elle se releva, elle était excessivement faible et amaigrie et avait complétement perdu la mémoire. Elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant cette maladie ; ce qu'elle me rapporte lui a été dit. La mémoire revint au bout de quelques semaines ; mais la convalescence fut lente et dura près d'un an.

Depuis cette époque, Mme C.... conserva des éructations gazeuses fréquentes après les repas, avec gonflement de la région épigastrique et sensation de lourdeur. L'appétit resta cependant généralement bon. La menstruation ne fut pas troublée ; en un mot, sauf les quelques symptômes que je viens d'indiquer du côté de l'estomac, Mme C.... s'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

Mariée à 24 ans, elle devint enceinte six mois après. Les deux ou trois premiers mois de la grossesse furent marqués par des nausées sans vomissements, se faisant sentir indistinctement à toutes les heures du jour ; l'appétit ne fut ni diminué ni dépravé, les digestions ne furent pas plus pénibles qu'avant la grossesse; mais il se manifesta un état nerveux caractérisé par une grande impressionnabilité, de la tendance à la tristesse et aux larmes, des pressentiments funestes, etc., phénomènes qui se dissipèrent aussitôt après la délivrance.

L'accouchement eut lieu le 8 août 1849 ; tout se passa de la manière la plus normale et sans aucune conséquence fâcheuse. Mme C.... se leva au bout de douze jours, n'éprouvant autre chose qu'un peu de pesanteur dans le bas-ventre, mais sans douleurs hypogastriques ou lombaires et sans tiraillements dans les aines. Tout se dissipa, d'ailleurs, par la suite. Mme C.... ne nourrit pas son enfant et les règles reparurent au troisième mois. La santé resta très-bonne jusqu'en juin 1851 ; cependant les troubles digestifs dont j'ai parlé plus haut ne cessèrent jamais d'exister.

Le 23 juin 1851, Mme C.... ayant voulu soulever son enfant, alors âgé de près de deux ans, éprouva, dans la région lombaire, une sensation de craquement qui l'obligea à suspendre aussitôt son effort. Le lendemain, elle ressentit de la pesanteur dans le bassin, mais n'y fit aucune attention pendant quelques jours ; cependant elle se trouva bientôt forcée de garder le repos. Cette pesanteur était devenue de plus en plus pénible ; elle était pourtant plutôt incommode que douloureuse, mais elle était compliquée d'un autre phénomène qui en aggravait les effets. Dès les premiers moments de l'accident, Mme C.... s'était aperçue que, lorsqu'elle marchait, elle éprouvait un essoufflement inusité qui la forçait à s'arrêter fréquemment et à s'asseoir pour reprendre haleine. Au repos, il n'y avait pas d'oppression ni de toux, pas de palpitations non plus, même pendant la marche. Ces essoufflements, que rien n'expliquait et que quelques pas suffisaient pour provoquer, augmentèrent au point de rendre la marche très-difficile, et Mme C.... dut s'astreindre à l'immobilité. Ce symptôme et les pesanteurs hypogastriques se dissipèrent après deux mois de repos complet, sans autre traitement. La santé générale n'avait pas été sensi-

blement altérée; la menstruation ne présenta rien d'anormal; seulement, les troubles digestifs persistèrent, quoique sans aggravation.

Dans le cours de l'hiver 1852-53, à la suite de quelques bals où Mme C.... avait beaucoup dansé, elle ressentit de nouveau de la pesanteur dans le bassin, accompagnée, comme la première fois, d'essoufflements et d'une fatigue considérable dès qu'elle marchait. Mais, cette fois, l'action de parler produisait les mêmes effets que la marche. D'ailleurs, pas de toux, pas de palpitations, pas de douleurs dans les lombes, l'hypogastre ou sur les cuisses; pas de tiraillements dans les aines. Les règles ne furent pas dérangées; seulement, il se développa de la leucorrhée. Le repos calma encore ces accidents jusqu'au mois d'avril 1853.

A cette époque, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec plus d'intensité et s'aggravèrent rapidement. La pesanteur hypogastrique devint extrêmement pénible, la marche et la parole devinrent très-difficiles à cause de l'essoufflement provoqué par ces actes, et Mme C.... dut se réduire encore au repos. Elle passa trois mois étendue dans une chaise longue, se permettant à peine quelques pas pour passer d'une chambre à l'autre, et parlant le moins possible. Ces précautions ne modifièrent rien, et les accidents augmentèrent de plus en plus. A la fin de juillet 1853, on lui prescrivit l'usage d'une ceinture hypogastrique et des bains de mer. Amélioration sensible qui se soutint et fit même des progrès jusqu'à l'hiver.

Mais, dans les premiers jours de l'année 1854, encore à la suite d'un effort pour soulever un objet lourd, la pesanteur dans le bas-ventre et les autres symptômes prirent une intensité nouvelle. Le repos, la ceinture hypogastrique, les bains de mer restèrent sans effets; tout s'aggrava, et il se manifesta même d'autres phénomènes morbides.

Dès le mois de novembre 1851, Mme C.... avait commencé à éprouver, vers la partie moyenne de la région dorsale du rachis, une douleur occupant un point à peu près fixe, et n'augmentant ni par la pression, ni par de légers contacts. Cette douleur n'était pas permanente; elle revenait à de longs intervalles et par espèce d'accès, d'une durée variable entre trois et quinze jours. Depuis cette époque jusqu'à présent, elle a fréquemment tourmenté Mme C...., surtout pendant les bains de mer, et les moyens locaux employés contre elle n'ont eu aucun succès. (Frictions avec diverses substances médicamenteuses.)

Le 29 juin 1852, Mme C.... vit mourir en couches une de ses amies; l'impression qu'elle en ressentit fut extrêmement vive; la nuit sui-

vante, elle fut prise d'accidents présentant presque exclusivement les caractères de la syncope : perte complète des forces, sentiment de défaillance, pâleur du visage, sans convulsions ni constriction de la gorge, sans douleur de tête, et seulement une sorte de pincement ou de contraction de la région frontale. Le médecin appelé prescrivit un pédiluve sinapisé, des frictions et une potion éthérée. Cet état persista environ une heure. Dès lors, Mme C...., naturellement impressionnable et d'un caractère mélancolique, devint plus sensible aux excitations morales, et, en même temps, sujette à la tristesse et aux larmes. D'ailleurs, des phénomènes semblables se reproduisirent fréquemment par la suite. Pendant deux ans, ils se sont toujours développés à l'occasion de quelque contrariété ou de quelque autre impression morale, jamais sans cause; mais en 1854, après l'aggravation survenue dans les symptômes hypogastriques et l'augmentation des essoufflements, au retour des bains de mer, ces sortes de syncopes ont pris une extrême fréquence, se manifestant presque tous les jours, d'une manière toute spontanée et sans cause appréciable. Cependant, au bout d'un mois, elles devinrent plus rares, et finirent peu à peu par n'avoir lieu qu'à de longs intervalles et à la suite de diverses provocations, comme autrefois. Depuis dix mois, il n'y en a eu que cinq ou six. En général, l'éther ne réussissait pas à les calmer ; on y parvenait plus sûrement en faisant respirer à la malade du vinaigre ou des sels anglais.

Au milieu de ces accidents, la tendance à la mélancolie et aux larmes s'est encore accrue , principalement aux époques menstruelles.

Depuis les derniers bains de mer (1854), la pesanteur hypogastrique, la fatigue et l'essoufflement provoqués par la parole et la marche, n'ont fait qu'augmenter, malgré quelques rares instants d'amélioration.

A la fin de mars 1855, Mme C.... consulta M. Chomel, dont je crois pouvoir reproduire ici le diagnostic et la prescription :

« Antéversion considérable de l'utérus.
« Porter un pessaire à air fixe en disque ovale. »

Ce pessaire fut placé par M. Chomel lui-même, et pendant un mois, Mme C.... éprouva du soulagement, mais d'une manière passagère. Elle consulta alors M. Velpeau, dont voici l'avis et l'ordonnance :

« Antéversion. Quelques granulations au col. Névropathie.

« 1° Toucher le sommet du col avec le nitrate acide de mercure une fois par semaine pendant un mois;

« 2° Tenir, dans le fond du vagin, une éponge imbibée de vin aromatique et enveloppée de mousseline;

« 3° Injection avec le même liquide affaibli;

« 4° Frotter les reins avec le baume nerval deux fois le jour;

« 5° Prendre 30 centigrammes de sous-nitrate de bismuth dans une cuillerée d'eau sucrée chaque matin.

« 26 mars 1855. »

L'emploi de ces divers moyens n'eut aucun succès, et les accidents firent encore de nouveaux progrès. Peu à peu, la fatigue et l'essoufflement produits par la marche devinrent si considérables que, bientôt, Mme C.... put à peine faire quelques pas sans être forcée de s'asseoir. De jour en jour, l'action de parler détermina une anhélation plus grande; la malade était obligée de s'arrêter à chaque phrase, puis à chaque membre de phrase, la voix lui manquant complétement lorsqu'elle voulait s'obstiner à continuer. La voix devenait, d'ailleurs, de plus en plus faible. Au commencement de juin, Mme C.... en était à ne plus pouvoir prononcer qu'un ou deux mots de suite à voix extrêmement basse; à la fin du même mois, elle se trouva complétement aphone et muette.

Pendant le développement de ces divers symptômes, la santé générale paraît n'avoir pas souffert : l'embonpoint s'est maintenu et a même augmenté: le teint est resté coloré, les règles régulières, le sang bien rouge, et la leucorrhée qui s'était manifestée a même disparu. Les phénomènes nerveux généraux sont devenus plus rares, moins intenses, sauf la mélancolie qui a persisté. L'appétit n'a pas été altéré, mais les troubles digestifs, d'ailleurs légers, dont il a été plusieurs fois question et que j'aurai à indiquer de nouveau, sont devenus un peu plus pénibles.

De tout temps, Mme C.... a vécu au milieu d'excellentes conditions hygiéniques.

Etat actuel. — Mme C...., d'une taille au-dessous de la moyenne, est, d'ailleurs, bien constituée. Les cheveux et les sourcils sont noirs, les yeux d'un gris clair, les contours de la figure arrondis. Tissu cellulaire assez développé; pas d'engorgements ganglionnaires ni de cicatrices scrofuleuses. Peau blanche et fine; teint assez coloré. — Caractère un peu irritable, disposé de tout temps à la tristesse; en général, peu d'activité physique, répugnance marquée pour le mouvement et la fatigue, même avant la maladie actuelle.

Pouls, 65 pulsations par minute, très-dépressible et peu développé; système veineux cutané à peine marqué; mouvements du cœur peu

énergiques, bruits faibles et mous; le premier est manifestement prolongé, sans souffle réel. Le volume de l'organe paraît normal. Bruits carotidiens très-prolongés, mais pas de souffle. Il n'y a jamais de palpitations spontanées; mais les mouvements en provoquent dont il sera question plus tard.

Appétit généralement bon. Après les repas, il y a fréquemment des douleurs à la région de l'estomac, de la lourdeur et du gonflement épigastrique, et, parfois, des renvois gazeux. Pas d'éructations acides, pas de vomissements ni de nausées. — Constipation opiniâtre; néanmoins, la malade a une selle chaque jour, mais au moyen d'un lavement. Urines et miction normales.

Le foie et la rate ne présentent rien à noter.

Les règles sont régulières ; le sang en est bien coloré; l'écoulement dure trois ou quatre jours et la quantité de sang perdu est ordinaire, au dire de la malade. Il n'y a jamais eu de métrorrhagie. Les époques menstruelles ne sont accompagnées d'aucun symptôme pénible. Pas de leucorrhée.

Mme C.... accuse dans l'hypogastre un sentiment continuel de pesanteur très-pénible. Cette pesanteur ne porte ni sur le siége, ni sur la région sacro-lombaire; elle se fait sentir exclusivement à l'hypogastre, de l'ombilic au pubis. Elle n'est accompagnée ni de douleur, ni de tiraillements, mais d'une sorte de fatigue ou de lassitude indéfinissable que la malade rapporte au bas-ventre. Elle dit ne pouvoir bien s'expliquer sur ce qu'elle éprouve dans cette partie, mais le compare à une sensation de fatigue. Si Mme C.... veut marcher, ces sensations deviennent extrêmement pénibles, et il s'y joint bientôt un état d'essoufflement et des palpitations telles, qu'elle est forcée de s'arrêter promptement et de s'asseoir; aussi peut-elle à peine faire quelques pas. Les moindres efforts et tous les mouvements du corps produisent plus ou moins les mêmes effets. Ainsi les efforts de défécation lui sont surtout interdits; les mouvements d'élévation des bras pour arranger ses cheveux ou porter les aliments à la bouche exaspèrent tous les phénomènes précédents; il lui est même difficile, pour les mêmes motifs, de se livrer à des travaux d'aiguille; au moins doit-elle s'arrêter fréquemment. Autrefois, l'action de parler suffisait, comme je l'ai dit, pour déterminer, à un haut degré, et la fatigue hypogastrique et les essoufflements; actuellement, la seule volonté de prononcer quelques mots amène ce résultat.

Un fait singulier, c'est que l'action d'écrire est suivie des mêmes phénomènes d'une manière encore bien plus rapide et plus marquée, Quand elle a écrit quelques mots, on la voit s'arrêter tout essoufflée, accusant une faiblesse générale et des sensations très-pénibles à l'hy-

pogastre. Si elle veut continuer, *la plume lui tombe littéralement des mains*. Cependant tous les mouvements isolés des doigts sont libres, étendus et énergiques.

Le toucher vaginal fait constater un abaissement marqué du col de l'utérus, qui est, en même temps, fortement porté en arrière et un peu dévié à gauche. Le corps de l'utérus, un peu volumineux, vient s'abriter derrière le pubis et sa face antérieure occupe presque tout le fond du vagin. L'utérus entier présente, par conséquent, une position oblique d'avant en arrière et de haut en bas, très-voisine de l'horizontale.

L'examen au spéculum ne fait rien voir de plus.

Aucun signe plessimétrique ou sthétoscopique du côté des poumons ni des bronches, si ce n'est une diminution considérable du murmure vésiculaire dans toute l'étendue des deux poumons; mais pas de bruits anormaux, pas de toux, pas d'expectoration, ni augmentation, ni diminution de la sonorité du thorax en aucun point. En un mot, rien qui rende compte, dans ces organes, de l'extrême disposition à l'essoufflement indiqué précédemment.

Mme C.... est dans un état d'aphonie et de mutité complètes; toute cette observation a été prise par questions et réponses écrites. L'intelligence de la malade et la netteté des renseignements qu'elle m'a fournis, m'ont d'ailleurs beaucoup facilité ce travail, dont j'ai, en outre, vérifié plus tard tous les détails pendant la guérison momentanée qui a été obtenue.

C'est en vain qu'on engage Mme C.... à prononcer un seul mot ou même un monosyllabe, oui ou non, par exemple. On voit qu'elle l'essaye, mais sans le moindre succès ; après quelques tentatives, elle s'arrête tout essoufflée et comme extrêmement fatiguée. Elle ne peut produire aucun son laryngé, et, quoi qu'elle fasse, l'air expiré s'échappe sans bruit et même sans ce bruissement léger qui constitue le *souffle*. Si, au moyen d'un grand effort, elle y parvient, c'est un son très-faible et si court qu'il ne peut être articulé; il lui est impossible de le prolonger. Quand elle l'essaye, elle ne réussit encore qu'à produire un son timbré rapide, qui se termine par une simple expiration. Encore est-elle obligée, pour cela, de faire une profonde inspiration. Toutes ces tentatives sont suivies de beaucoup d'essoufflement, et la malade ne saurait les répéter qu'après un repos prolongé.

D'un autre côté, Mme C.... ne peut même pas articuler; non-seulement parce que la matière à articuler (qu'on me passe ces expressions), c'est-à-dire le son ou le souffle, manque, mais aussi parce qu'elle ne peut exécuter les mouvements destinés à la prononciation

sans être aussitôt très-essoufflée et sans éprouver à la région hypogastrique, à un point extrême, cette incommode sensation de pesanteur et de fatigue que provoquent presque toutes les actions musculaires. Il y a mieux, la simple intention de parler, d'articuler un mot, suffit pour provoquer cet effet et pour rendre complètement impossible la prononciation, la malade étant forcée de renoncer aussitôt à toute activité musculaire, sous peine d'un véritable accès de suffocation. Cependant, tous les mouvements des lèvres, de la langue, etc., sont parfaitement intacts, parfaitement libres et complets; M[me] C.... peut les exécuter tous sans aucune peine, du moment où il ne s'agit plus de les faire concourir à la parole. La langue sort facilement de la bouche et se meut avec agilité dans tous les sens; il en est de même des lèvres et du voile du palais (1). Il est presque impossible à M[me] C.... de lire, lors même qu'elle ne cherche pas à prononcer; au bout de quelques lignes, elle se trouve tellement essoufflée, qu'elle est obligée de s'arrêter, et elle accuse en même temps une augmentation des sensations hypogastriques. Aussi ne peut-elle lire une lettre qu'en s'y reprenant à plusieurs fois.

Du côté du larynx, lorsqu'on engage la malade à produire un son, surtout un son aigu, ou au moins à chercher à le produire, on ne perçoit pas le moindre mouvement dans l'organe ou ses diverses pièces. Cependant, quand on l'invite à se gargariser, on sent très-bien, par des palpations sur le larynx, qu'il se passe des mouvements entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde; d'ailleurs, les mouvements en masse de cet organe sont parfaitement normaux, dans l'action d'avaler, par exemple.

Quand on examine respirer M[me] C...., on est frappé de l'excessive tranquillité de la respiration, qui semble à peine imprimer un léger mouvement aux parois thoraciques. L'inspiration et l'expiration se font sans le plus léger bruit, et, même en approchant l'oreille très-près de sa bouche, on n'entend pas le moindre souffle. Les grandes inspirations ont pour effet d'augmenter les sensations de fatigue et de pesanteur du côté du bassin, et de déterminer une anhélation prolongée. Une seule entraîne ce résultat, au point d'en rendre une seconde très-difficile; une troisième est tout à fait impossible, et quand

(1) Je crois devoir insister sur ces particularités remarquables qui me paraissent démontrer expérimentalement que le *concours synergique* ou l'*association coordonnée* d'une multitude de puissances dans l'accomplissement des diverses fonctions n'est pas exclusivement subordonné à la volition.

Mme C.... veut insister, elle a la conscience de ne pas pouvoir et sent à la base du thorax comme un obstacle qui s'y oppose et l'oppresse. Quelles que soient l'étendue et l'énergie, d'ailleurs toujours peu considérable, des inspirations, l'expiration est toujours molle et la colonne d'air s'échappe sans aucun bruissement. Il est tout à fait impossible à la malade d'accroître la force d'expulsion de l'air, ou du moins n'y parvient-elle que d'une manière très-passagère et de façon à produire seulement un son laryngé fort court.

En observant avec soin les mouvements du thorax, on voit que, pendant les inspirations, les côtes sont soulevées des deux côtés avec toutes les circonstances normales, et *aussi bien les inférieures que les supérieures;* dans l'expiration elles s'affaissent comme à l'ordinaire. Mais on remarque avec surprise que les parois abdominales sont agitées pendant la respiration de mouvements en sens inverse de l'état physiologique; ainsi, au moment où la malade fait une inspiration, les rebords costaux s'éloignent du plan médian en s'élevant d'une manière très-sensible; mais les parois abdominales, au lieu de se soulever, s'aplatissent et se dépriment dans l'espace compris entre les deux rebords costaux; l'excavation produite est surtout très-marquée dans les grandes inspirations. Pendant l'expiration, au contraire, cette dépression disparaît et l'épigastre revient à la forme saillante qui lui est naturelle. Lorsqu'on engage Mme C.... à faire un effort comme pour aller à la selle, elle a la conscience de ne pas pouvoir; si elle l'essaye, cependant, on ne remarque dans l'abdomen aucun mouvement et les parois n'en sont pas soulevées, comme cela a lieu chez un individu sain.

D'autre part, il est évident que les contractions volontaires des muscles abdominaux sont abolies; la malade ne peut pas déprimer volontairement la paroi abdominale antérieure qui reste constamment flasque, et n'acquiert aucune résistance lorsque Mme C.... cherche à simuler un effort de défécation.

Depuis fort longtemps Mme C.... n'a pas eu le hoquet, quoiqu'elle y fût très-sujette autrefois; elle ne bâille, n'éternue et ne tousse jamais; souffler lui est impossible, non parce que les muscles faciaux refusent leur concours, mais parce que, dit-elle, l'haleine lui fait défaut; le rire ne consiste, chez elle, que dans l'expression de la face; parfois, néanmoins, elle produit un ou deux éclats sonores, mais se trouve aussitôt tout essoufflée. Nous verrons plus loin que des vomissements ont pu avoir lieu, mais ils n'ont été observés que sous l'influence du chloroforme et de la morphine. J'ignore s'ils auraient été possibles en dehors de ces circonstances.

Outre les désordres fonctionnels qui précèdent, on constate encore, chez la malade, diverses particularités curieuses.

J'ai déjà dit que la seule pensée de parler provoquait des essoufflements; il en est de même lorsqu'elle a l'intention de faire un effort quelconque; bien plus, la vue d'une personne se livrant à quelque effort, soufflant ou criant, suffit pour l'essouffler et elle est obligée de détourner promptement les yeux.

D'ailleurs, outre les essoufflements et les palpitations que déterminent la plupart des actions musculaires, surtout la parole et la marche, Mme C.... éprouve toujours, en même temps, un accroissement de la pesanteur et de la fatigue hypogastriques. Elle insiste vivement sur la corrélation qui existe entre ces sensations et les autres phénomènes, et prétend avoir conscience qu'ils *partent* tous du bas-ventre, pour me servir de son expression.

Lorsqu'on cherche à soulever et à redresser l'utérus avec douceur, la malade éprouve un soulagement général, et, immédiatement, peut prononcer à voix assez élevée, une ou deux syllabes, comme « oui et bonjour ; » il lui devient aussi possible de simuler un effort de défécation pendant lequel les parois abdominales sont manifestement soulevées, quoique sans énergie. Dès qu'on cesse de soutenir la matrice, la faculté de parler et celle de faire un effort sont aussitôt supprimées. Cette expérience, répétée plusieurs fois à quelques jours de distance, a toujours fourni le même résultat. Mais ces manœuvres ne tardent pas à amener des fourmillements dans les deux mains, des palpitations et un sentiment de défaillance, sans pâleur de la figure.

Malgré la mutité et l'aphonie complètes dont Mme C.... est frappée, il lui arrive parfois de *parler à haute voix pendant son sommeil;* tout au moins de prononcer quelques mots ou une phrase; mais, si on la réveille, elle se retrouve incapable de prononcer même un monosyllabe. Il lui est aussi arrivé quelquefois de recouvrer passagèrement la parole sous l'influence d'une vive excitation, morale ou physique. Ainsi, je l'ai entendue, dans un moment d'impatience, adresser deux mots assez vifs à sa femme de chambre; la douleur produite par l'électrisation lui a arraché des *cris violents.* Toujours, il est vrai, une longue anhélation succède à ces efforts.

En dehors du diaphragme et des muscles abdominaux, il n'existe, dans le reste du corps, aucun signe de paralysie réelle. Tous les autres muscles du tronc, ceux de la face, du cou et des membres, pris isolément, obéissent très-bien à la volonté; les matières fécales sont bien retenues, mais les efforts d'expulsion étant impossibles, leur évacuation ne peut avoir lieu qu'au moyen de lavements. L'émission des

urines est parfaitement normale. Pas la moindre modification dans la sensibilité en aucun point du corps. La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût sont intacts.

Toutes les facultés intellectuelles sont très-bien conservées. Mme C.... est très-portée à la tristesse et se livre souvent aux larmes; son état la préoccupe beaucoup ; le silence et l'immobilité absolus auxquels elle est condamnée, en l'obligeant à rester toujours seule, augmentent cette tendance à la mélancolie.

La colonne vertébrale présente sa conformation normale; la pression ou la percussion des apophyses épineuses ne détermine aucune sensation pénible. Parfois, Mme C.... éprouve encore, à peu près vers la sixième vertèbre dorsale, une douleur contusive très-limitée, qui n'augmente ni par les contacts, ni par la pression superficielle ou profonde. Elle n'est pas continue, revient par sortes d'accès durant quelques jours, et actuellement très-éloignés les uns des autres.

Enfin, les contrariétés ou les autres impressions morales donnent encore lieu quelquefois à ces espèces de syncopes dont il a été question déjà, mais ces accidents deviennent de plus en plus rares.

Traitement. Dès son arrivée à Bellevue, Mme C.... a été soumise au traitement hydrothérapique, qui a été continué pendant tout son séjour. En outre, après la constatation des diverses circonstances de son affection, des applications d'électricité ont été décidées.

Du 19 septembre au 16 octobre, j'ai électrisé chaque matin, pendant vingt minutes environ, les muscles abdominaux et le diaphragme, et j'ai pu constater l'intégrité de leur irritabilité; ils se contractaient, en effet, sous l'influence de très-faibles courants fournis par l'appareil de Morin et Legendre. Je me suis servi, pour excitateurs, d'éponges humides; l'un des pôles était placé un peu au-dessus de la clavicule, dans l'espace triangulaire borné en bas par cet os, et, des deux autres côtés, par les scalènes et le cléido-mastoïdien ; en tâtonnant un peu, je parvenais facilement à limiter l'action électrique sur le nerf phrénique et à provoquer le soulèvement des hypochondres et de l'épigastre. L'autre pôle était tantôt placé sur le nerf phrénique de l'autre côté; plus souvent je le promenais sur les muscles abdominaux. Enfin, ces muscles eux-mêmes étaient spécialement électrisés.

Dès les premiers jours, après chaque séance, Mme C.... a pu prononcer quelques monosyllabes d'une voix bien timbrée; mais les 21 et 22 septembre, l'électrisation a été suivie d'un accès de contracture des quatre extrémités, sans perte de connaissance, sans boule hystérique, etc., qui a forcé d'agir avec une extrême modération. Peu à peu l'électricité a été mieux supportée, et les effets obtenus ont été

de plus en plus marqués. La malade a pu d'abord parler quelques minutes, puis un quart d'heure, puis une demi-heure, enfin, une heure et demie après chaque séance. En même temps, les mouvements du diaphragme étaient très-apparents, mais pendant le reste de la journée, ce muscle revenait à son inaction.

D'après ces résultats encourageants, Mme C.... a été aussi électrisée le soir, et l'effet a été le même, mais moins prolongé que le matin. Enfin une troisième application a été faite au milieu de la journée; cette fois, le résultat a été malheureux : la malade a éprouvé une extrême fatigue et n'a pas pu parler après la séance comme auparavant.

16 *octobre.* — Après deux jours de repos, j'essaye de nouveau trois électrisations dans la journée. Mme C.... parle une heure et demie après la première séance, une heure seulement après la seconde. Après la troisième, elle ne peut pas prononcer une seule parole et se trouve encore très-fatiguée. Quelques instants après, elle éprouve un grand sentiment d'angoisse, une forte oppression, un accablement extrême avec engourdissement général; en même temps, il y a un écoulement de larmes qu'elle ne peut contenir. Je saisis cette occasion pour soumettre la malade à des inspirations de chloroforme. Quoique désireux de faire cet essai, j'avais été arrêté par la crainte de quelque accident du côté de la respiration, en cas d'insuccès. Aujourd'hui encore je ne procède qu'avec beaucoup de précautions.

Je me sers d'un mélange à parties égales d'éther sulfurique et de chloroforme; je verse environ trente gouttes de ce mélange sur un mouchoir que j'approche de la bouche de la malade, de manière à permettre l'accès de l'air. Elle respire sans répugnance. Après deux ou trois inspirations, Mme C.... se met à sourire; sa figure exprime une vive hilarité; *puis aussitôt elle se met à parler très-distinctement, d'abord d'une voix faible, mais de plus en plus sonore à mesure que les effets du chloroforme sont portés plus loin; enfin, elle rit aux éclats. En examinant l'abdomen, je m'aperçois que l'épigastre et les hypochondres ne se dépriment plus pendant l'inspiration, mais se soulèvent comme à l'état normal et s'affaissent dans l'expiration. A mesure que les effets du chloroforme se dissipent, la voix s'affaiblit et s'éteint peu à peu, les parois abdominales cessent de se soulever pendant l'inspiration, en un mot, le diaphragme revient à son inertie primitive.* Vingt minutes après avoir cessé de respirer les vapeurs anesthésiques, Mme C.... est aussi muette et aussi aphone qu'auparavant.

18 *octobre.* Je répète aujourd'hui l'expérience d'hier avec du chlo-

roforme pur. Comme hier, après quelques inspirations, hilarité, rires, retour de la voix, de la parole et des mouvements normaux du diaphragme.

Depuis ce jour, je combine les applications électriques avec les inhalations de chloroforme; Mme C.... est chloroformée soir et matin, et pendant le sommeil je pratique l'électrisation. Constamment la voix, la parole et les contractions du diaphragme se sont rétablies après quelques inspirations de chloroforme; de plus, elles ont persisté pendant un temps progressivement plus long. J'ai obtenu ainsi cinq heures de parole le matin et deux heures et demie le soir. Mais la voix allait sans cesse en diminuant de force, depuis le moment de la séance jusqu'à celui où elle s'éteignait complétement. Malheureusement, la malade a éprouvé plusieurs fois des *vomissements* sous l'influence du chloroforme, et elle a fini par le prendre tellement en aversion, que son odeur seule suffisait pour provoquer des nausées. Plusieurs fois il a fallu en suspendre l'usage; à chaque fois, malgré l'électrisation, pratiquée comme d'ordinaire, Mme C.... a parlé sensiblement moins longtemps.

7 *novembre*. La répugnance de la malade pour le chloroforme devient de plus en plus insurmontable. Je songe à lui substituer un autre agent anesthésique ou stupéfiant, et je me décide pour la morphine, comptant sur des effets plus durables. Ce matin, la malade est pourtant chloroformée et électrisée comme à l'ordinaire; mais après la séance, j'applique, au moyen de l'ammoniaque, un petit vésicatoire à l'hypogastre et un autre à l'épigastre. Chacune des surfaces dénudées est saupoudrée avec un centigramme de chlorhydrate de morphine et pansée convenablement.

8 *novembre*. *Mme C.... a parlé hier toute la journée* avec une voix bien sonore et mieux qu'elle ne l'avait fait depuis le commencement du traitement. Les mouvements du diaphragme avaient une énergie remarquable. Ce matin, ils persistent ainsi que la parole. Il n'y a pas eu d'électrisation dans la soirée. Une heure après l'application du chlorhydrate de morphine, il s'est manifesté des nausées, puis des vomissements avec une grande tendance au sommeil.

Pas d'électrisation ni d'inspirations de chloroforme ce matin. Les deux vésicatoires sont pansés chacun avec 1/2 centigramme seulement de chlorhydrate de morphine; ils seront pansés de même ce soir.

20 *novembre*. Depuis le 7, Mme C.... n'a été ni électrisée ni chloroformée; les petits vésicatoires ont été renouvelés tous les deux jours et pansés avec soin soir et matin avec 1/2 centigramme de chlorhy-

drate de morphine chacun. La parole a constamment persisté, et les contractions volontaires du diaphragme ont repris en grande partie leur énergie normale. Un ou deux jours pourtant, les nausées et les vomissements ayant obligé à suspendre les applications narcotiques, la malade a perdu la faculté de parler. Aujourd'hui, sans cause appréciable, quoique le pansement ait été bien fait, puisqu'il a provoqué de la somnolence et des vomissements, la voix s'est graduellement affaiblie et à midi elle s'est tout à fait éteinte.

23 *novembre*. Malgré l'augmentation des doses de morphine, la mutité et l'aphonie persistent, et Mme C.... ne peut prononcer même un monosyllabe. — Depuis l'emploi des applications narcotiques, la malade a toujours éprouvé des nausées et des vomissements ; son appétit a considérablement diminué, elle mange à peine. — Toute médication est suspendue.

Le 25, je recommence les électrisations. Aujourd'hui, deux séances : trois quarts d'heure de parole le matin et une demi-heure le soir.

Mme C.... n'a jamais cessé de se plaindre de la pesanteur et des lassitudes hypogastriques ; un peu moins, cependant, qu'à son entrée. La disposition à l'essoufflement a sensiblement diminué, mais persiste toujours, et la marche surtout l'exagère beaucoup. Pendant que la malade pouvait parler sous l'influence de la morphine, l'action de marcher la rendait toujours aphone et muette pendant un certain temps. Néanmoins, à cette époque, elle marchait beaucoup mieux que dans les premiers moments de son séjour à Bellevue ou que maintenant.

Le corps de l'utérus paraît avoir diminué de volume ; mais il reste dans un état d'antéversion considérable.

Les effets du chloroforme sont, d'ailleurs, les mêmes qu'autrefois. Il suffit de faire faire quelques inspirations pour rétablir la parole, et Mme C.... employe souvent ce moyen, quand elle y est obligée.

1er *décembre*. L'électricité a été employée seule depuis le 25 novembre. Maintenant, Mme C.... parle cinq heures le matin et deux heures le soir, après les séances. Remarquons que toujours il a été plus facile de rétablir la parole le matin que le soir, et toujours aussi elle a persisté plus longtemps le matin que le soir. — Après chaque séance, l'épigastre est activement soulevé pendant les inspirations et s'affaisse pendant l'expiration. Dans l'intervalle des séances, ces mouvements cessent peu à peu, et il arrive un moment où les parois abdominales restent tout à fait immobiles ; dans les grandes inspirations, elles se dépriment encore ; mais leur dépression n'a plus lieu dans les inspirations ordinaires, comme autrefois.

Ce matin, un vésicatoire est appliqué à l'hypogastre et pansé avec 1 centigramme de morphine. Le même pansement sera fait ce soir. — Deux séances d'électrisation.

2 *décembre*. Mme C.... a parlé toute la journée d'hier; elle parle encore très-bien ce matin.

Pansement du vésicatoire avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine matin et soir. — Pas d'électrisation.

Le 8, le même traitement a été continué. La parole se maintient. Les mouvements du diaphragme sont normaux, mais sans énergie, car il suffit d'une légère pression sur l'épigastre pour en empêcher le soulèvement pendant les inspirations. — Je n'ai plus employé l'électricité. — L'impossibilité d'appliquer de nouveaux vésicatoires sur l'abdomen, les autres n'étant pas encore bien secs, m'oblige à donner les narcotiques à l'intérieur.

Matin et soir, une pilule d'extrait gommeux d'opium.

10 *décembre*. Jusqu'à ce jour, la parole s'est maintenue; mais aujourd'hui, à midi, à la suite d'une conversation un peu prolongée, elle s'est complétement éteinte. — Ce soir, l'électrisation ne réussit pas à faire prononcer le moindre monosyllabe. — Quelques inspirations de chloroforme rétablissent la parole immédiatement, d'une manière passagère, il est vrai.

5 *Janvier*. Après avoir laissé reposer Mme C.... près de quinze jours, j'ai essayé de nouveau les applications de morphine, puis l'électricité, isolément ou en les combinant. Je n'ai obtenu aucun résultat; la malade est restée muette et aphone. Je dois dire que la morphine déterminant des nausées et des vomissements à très-faibles doses, il a été impossible de dépasser 1 centigramme matin et soir en applications endermiques. — Quant au chloroforme, son effet est aussi remarquable qu'autrefois; seulement, il faut prolonger davantage les inspirations pour rétablir la parole, et on provoque des nausées dès qu'on dépasse une certaine limite. Aussi n'est-il employé que très-rarement.

Sous l'influence de l'état presque continuellement nauséeux produit par les narcotiques, Mme C.... a perdu l'appétit, pâli et sensiblement maigri. — Souffle très-marqué dans les carotides et à la base du cœur au premier temps. — Deux pilules de proto-iodure de fer de Gille.

A partir de cette époque, l'électricité, la morphine en applications endermiques, l'opium en pilules, n'ont jamais réussi à rétablir la voix, la parole, ni les mouvements du diaphragme. Le chloroforme lui-même est de moins en moins actif et a fini par ne plus agir que lorsqu'on allait jusqu'à provoquer l'anesthésie complète. — Alors la

belladone en frictions sur l'hypogastre ou en pilules, le cyanure de potassium (à doses faibles, il est vrai), ont été employés sans aucun résultat. La strychnine, le seigle ergoté ont été aussi essayés sans plus de succès.

La strychnine a pu être supportée à doses très-élevées : Mme C.... en a pris progressivement depuis 1/2 centigramme soir et matin jusqu'à 0^{gr},025 milligrammes matin et soir. Elle n'est arrivé à cette dose qu'au bout de quinze jours. Jusqu'à ce moment, elle avait à peine ressenti un peu de rigidité dans les membres et dans les mâchoires; mais alors, elle fut prise d'un accès tétanique violent et général. En même temps, il s'est manifesté des mouvements convulsifs du diaphragme qui refoulait énergiquement les viscères abdominaux d'une manière intermittente ; les parois abdominales se trouvaient agitées de rapides mouvements d'élévation et d'abaissement. La malade poussait des cris aigus (20 janvier). Cet accident fut promptement calmé par des inhalations de chloroforme et 0,025 milligrammes d'extrait thébaïque.

Un autre effet de la strychnine fut de déterminer une exagération extrême de la sensibilité de tout le corps. Les attouchements les plus légers faisaient tressaillir la malade, des piqûres d'épingle très-superficielles lui semblaient extrêmement douloureuses. Enfin, l'électricité devint tellement intolérable qu'il fallut la supprimer. Il est remarquable que pendant toute la durée de cette hyperesthésie, le chloroforme ne parvenait jamais à rétablir la parole. Quand on eut suspendu l'usage de la strychnine, la sensibilité revint au bout de quelques jours à son état normal, et le chloroforme reprit son influence.

D'ailleurs, Mme C.... a repris de l'appétit, le teint s'est coloré, l'embonpoint perdu est revenu. Mais l'aphonie et la mutité ont été de plus en plus rebelles à tous les agents thérapeutiques. Enfin, à partir du 14 février 1856, le chloroforme lui-même cesse de rendre à la malade la faculté de parler et ne rétablit plus les mouvements du diaphragme à petites doses, comme autrefois; mais quand on pousse ses effets jusqu'au sommeil, ces mouvements se rétablissent; seulement, la malade ne parle pas. Remarquons qu'alors elle *dort profondément* et ne paraît entendre aucune de mes questions.

La malade se plaint toujours davantage des pesanteurs et de la fatigue hypogastriques. Elle ressent maintenant une sorte de tiraillement qui correspond à l'intervalle compris entre l'ombilic et le pubis ; en outre, elle éprouve une sensation toute nouvelle d'abaissement

dans le bassin. Au toucher, la malade étant debout, il est facile de constater que l'utérus n'est plus seulement en antéversion considérable, mais complétement renversé, de telle sorte qu'on trouve le fond de l'organe derrière le pubis et le col directement dirigé en arrière et plus élevé que le corps. En cherchant à redresser doucement l'organe, je produis une sorte de soulagement, et Mme C.... peut immédiatement dire : « Oui, monsieur. »

Aucun moyen de redressement ou de contention n'a été employé qu'un pessaire de Gariel ; en outre, la malade a renoncé à l'usage du corset et n'a plus porté qu'une simple brassière ne comprimant nullement le ventre.

Le 26 février 1856, Mme C...., complétement découragée, quitte Bellevue.

Le 3 *avril* 1856, je reçois une lettre de M. C...., d'où j'extrais le passage suivant : « ..... La malade n'éprouve aucun soulagement.
« Les faiblesses sont toujours très-grandes à la partie inférieure du
« ventre, et elles ont une telle tendance à se maintenir ou même à
« augmenter, que Mme C.... éprouve soit *à lire*, soit *à écrire* un mot
« une fatigue incroyable. *Les paroles qu'elle voudrait écrire corres-*
« *pondent avec cette partie basse et lui font immédiatement tomber*
« *la plume des mains*. Elle est, par suite, complétement privée de
« tout moyen de nous faire connaître sa volonté. »
Je ferai apprécier plus loin la valeur de ces phénomènes.

J'ai présenté l'observation précédente avec tous ses détails, à cause de son importance sous plusieurs rapports ; je crois devoir y joindre une analyse des phénomènes complexes de cette curieuse affection.

Au moment où Mme C.... est arrivée à Bellevue, ce qui fixait surtout l'attention chez elle, c'était son état de mutité et d'aphonie complètes et l'impossibilité de la marche. Les autres symptômes semblaient secondaires, ou du moins ne figuraient qu'au second plan dans la physionomie de la maladie, ces désordres frappaient, d'ailleurs, avant tous les autres, l'imagination de Mme C...., et ce qu'elle demandait surtout à la médecine, c'était de lui rendre la faculté de parler et de marcher. Il fallait donc s'attacher d'abord à l'étude de ces troubles fonctionnels, chercher à en apprécier, autant que possible, la nature et le mécanisme et à découvrir leur cause. C'était le procédé le plus naturel à suivre dans l'examen de la malade, et je m'y conformerai

aussi dans cette analyse, allant, d'après la méthode philosophique, du connu à l'inconnu.

Comme on l'a vu dans l'observation, Mme C.... était aphone ; mais, de plus, elle était complétement muette puisqu'elle ne pouvait émettre aucun son articulé. Je signalerai plus loin certaines particularités de cet état de mutisme ; ici je me borne à faire remarquer qu'il trouve une explication fort simple dans la nature de l'aphonie concomitante. Les mouvements *isolés* des lèvres, de la langue, de toutes les parties, en un mot, qui concourent à la prononciation, restaient parfaitement normaux ; mais il y avait absence absolue de son laryngé et même de tout bruit expiratoire. L'air, en sortant des poumons, traversait le larynx sans déterminer, même au plus faible degré, ce bruissement qui constitue le *souffle* et qui permet aux individus atteints d'aphonie de parler à voix basse. Mme C.... manquait, comme je l'ai dit, *de matière à articuler*.

L'aphonie devenait donc le phénomène dominant, celui sur lequel devait se concentrer toute l'attention et qui l'attirait naturellement par ses caractères exceptionnels. Il s'agissait d'en déterminer la cause prochaine ou le mécanisme.

Mme C.... n'avait jamais éprouvé, du côté du larynx, les signes d'une altération organique ; à aucune époque de la maladie il n'y avait eu de douleur dans cette région, ni de toux, et la voix n'avait présenté aucune de ces modifications qui accompagnent, d'ordinaire, la laryngite chronique ou les autres lésions matérielles de l'organe vocal, timbre voilé, enroué, criard, etc. On n'observait non plus aucun des signes propres aux affections spasmodiques, tels que la suffocation, les quintes de toux, la sensation de strangulation, etc. Rien, enfin, ne faisait supposer l'action de quelque cause mécanique, comme la compression du larynx par quelque tumeur voisine. Restait la probabilité d'une paralysie de son appareil musculaire ; mais il était impossible d'en déterminer l'existence avec certitude ou autrement que par des symptômes rationnels exclusivement négatifs. Je rappelerai seulement que, lorsque la malade essayait de produire des sons, on ne sentait aucun mouvement dans le larynx ou ses diverses pièces ; cependant, quand on l'engageait à se gargariser et surtout à avaler, on percevait très-bien, au moyen de la palpation, un rapprochement fort appréciable de cartilage thyroïde et de l'os hyoïde, en même temps que tout l'organe s'élevait d'ensemble. Cet essai, il est vrai, ne pouvait fournir de données que sur

les muscles extrinsèques; mais ces données ne manquaient pas de valeur, comme on le verra plus loin.

Ainsi, l'aphonie ne pouvait être attribuée à une paralysie des muscles du larynx que par voie d'exclusion. Or, elle offrait des signes habituellement étrangers aux aphonies de cette nature: je veux parler du défaut complet de bruit expiratoire et de l'impuissance absolue d'en produire. De plus, en observant la malade attentivement, on était porté à rattacher cette particularité plutôt à quelque trouble de l'expiration qu'à toute autre cause située dans le larynx; ce fait, peu susceptible de description, se présentait même avec un tel caractère d'évidence, que je n'hésitai pas un seul instant à suspecter l'état des puissances respiratrices. Un examen dirigé dans ce but me fit, en effet, découvrir les symptômes pathognomoniques de la *paralysie du diaphragme,* tels qu'ils ont été indiqués par M. Duchenne (de Boulogne) dans son *Traité de l'électrisation localisée*, et tels qu'on les observe chez les animaux après la section des deux nerfs phréniques; c'est-à-dire : l'*affaissement* de l'épigastre et des hypochondres pendant l'*inspiration,* et le *soulèvement* de ces parties pendant l'*expiration*, contrairement à ce qui se passe dans l'état normal. En outre, il existait une paralysie très-manifeste des muscles abdominaux, dont ont connaît le rôle expirateur. Là se trouvait l'explication des essoufflements qui fatiguaient la malade au moindre effort, car c'est un symptôme observé dans tous les cas de paralysie du diaphragme.

Or, on a dû remarquer dans l'observation que le trouble de la voix et de la parole s'est manifesté avec le début de l'anhélation, que l'aphonie a précédé, non-seulement par une diminution graduelle de la voix, mais surtout par l'impossibilité de fournir des sons prolongés, de prononcer à voix haute au delà de quelques phrases d'abord, puis de quelques membres de phrases, et enfin, de quelques mots. Entre le désordre de la phonation et le progrès de l'essoufflement, il y a eu corrélation constante, et, au moment même où j'examinais la malade, il était très-facile de constater le même rapport: toute tentative pour parler ou produire un son jetait Mme C.... dans l'état où se trouve une personne essoufflée à la suite d'une longue course, et qui ne peut prononcer un seul mot. Qu'il y eût ou non paralysie simultanée des muscles du larynx, ce mécanisme de l'aphonie ne pouvait laisser aucun doute. D'ailleurs, dans tous les cas connus de paralysie du diaphragme, on a noté une modification de la voix et de la parole tout à fait analogue à celle qui

avait marqué chez cette malade les premières périodes de l'affection, c'est-à-dire la faiblesse du son et l'état entrecoupé de la parole, par suite de la brièveté de l'haleine; dans un cas même, il y avait aphonie complète (1).

Au point de vue physiologique, enfin, on pouvait attribuer la mutité et l'aphonie à l'état des muscles respirateurs. L'intégrité fonctionnelle du larynx, en effet, ne suffit pas à la production du son; il est encore indispensable que la colonne d'air expiré soit douée d'une certaine force d'impulsion. L'intensité du son est directement proportionnelle à la puissance de l'expiration. Or, précisément, une des particularités les plus remarquables chez M[me] C.... était l'extrême faiblesse de l'expiration, qui semblait réduite à ses phénomènes passifs, puisque la malade était tout à fait incapable d'en augmenter volontairement l'énergie. Aussi, tous les actes dans lesquels l'expiration active joue un rôle, l'éternument, l'expectoration, la toux, l'action de souffler étaient-ils abolis. Le défaut d'ampliation du thorax, par suite de la paralysie du diaphragme suffirait seul à expliquer ces désordres; mais, en outre, dans le cas dont il est ici question, l'expiration devait être plus considérablement affaiblie encore par la paralysie des puissances qui y contribuent peut-être le plus activement, je veux parler des muscles abdominaux.

Il est, je pense, inutile d'insister plus longuement pour démontrer l'influence de cette double paralysie sur la production de l'aphonie, et, consécutivement, de la mutité, observées chez M[me] C.... Les caractères actuels de ces troubles fonctionnels, leur mode de développement, l'analogie et les données physiologiques ne permettent pas de conserver de doute à ce sujet.

Il existerait donc une forme d'aphonie déterminée par la paralysie de certains muscles respirateurs : elle serait caractérisée, outre la perte de la voix, par l'absence complète du bruit expiratoire laryngé, et, consécutivement, par l'abolition de la faculté de parler. Par conséquent, toutes les fois qu'on rencontrera une aphonie avec de tels caractères, l'attention devra se diriger immédiatement du côté des muscles respirateurs, surtout si elle a débuté par un état entrecoupé de la voix et des essoufflements, et si l'on observe encore de l'anhélation. L'absence du bruit

---

(1) Duchenne (de Boulogne), *Traité de l'électrisation localisée*, obs. 58[e], p. 465.

expiratoire pourra contribuer à différencier cette espèce de mutisme du mutisme simulé ou de celui qui tient à certains états nerveux et à quelques formes d'aliénation.

Mais chez notre malade, on constatait encore des particularités dignes d'intérêt au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. Je ne connais sur ce sujet aucune observation clinique antérieure, et j'appelle toute l'attention des médecins sur un fait aussi remarquable. Son étude nous conduira, d'ail- à une nouvelle et importante série d'idées.

Si l'on engageait Mme C.... à mouvoir les lèvres ou la langue, elle le faisait avec facilité, dans tous les sens et sans la moindre gêne ; de même, tous les mouvements de ces parties s'exécutaient très-normalement pour boire, manger, avaler, etc. *Mais s'agissait-il de souffler ou de parler, ces mêmes mouvements devenaient impossibles*, et lorsque la malade insistait, elle éprouvait aussitôt des essoufflements et des sensations pénibles à l'hypogastre qui l'obligeaient à suspendre ces tentatives.

Ces détails n'ont pas été oubliés, je pense; peut-être ont-ils été considérés par le lecteur comme un de ces phénomènes bizarres et parfois simulés propres aux hystériques. Je dirai que la position, le caractère, l'état moral de la malade, son extrême désir de guérir, sa satisfaction au moindre changement heureux, la docilité avec laquelle elle se prêtait à toutes les médications, même les plus pénibles, tout éloignait le soupçon d'une supercherie. Et comment supposer, à moins d'admettre une véritable aliénation, une feinte de quatre années, portant sur des symptômes de cette nature ? D'ailleurs, impossible de simuler la paralysie des muscles abdominaux, et surtout celle du diaphragme, dont les signes sont encore inconnus à la plupart des médecins. Aussi, je ne m'arrêterais pas sur une telle supposition, si je ne connaissais la défiance exagérée avec laquelle on accueille, en général, les faits d'explication difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit du système nerveux. On pourrait encore rapporter à quelque état cérébral les circonstances curieuses dont il est question. Mais la malade rendait fort bien compte elle-même des causes d'un semblable phénomène : elle ne pouvait mouvoir les lèvres ni la langue pour souffler et prononcer que parce que, je le répète, ces divers actes s'accompagnaient de sensations pénibles dans le bas-ventre et d'un état d'essoufflement qui la forçait à s'arrêter.

Est-il possible de se rendre compte d'une semblable corrélation par des phénomènes d'un ordre connu ? Je le pense.

On sait, en physiologie, surtout depuis les recherches de M. Debrou (1), que *les diverses actions musculaires qui concourent à l'accomplissement de certaines fonctions, s'exécutent suivant un mode d'association auquel la volonté est étrangère et qu'elle ne peut déranger.* Ainsi, *parler* suppose la mise en action simultanée, synergique, de toutes les puissances qui concourent à la phonation et à l'articulation, c'est-à-dire, des muscles inspirateurs et expirateurs, des muscles du larynx et de ceux de la langue, des lèvres, des joues, etc. *Souffler* entraîne une association analogue de nombreux mouvements, et nous ne saurions déranger volontairement ces associations. Aussi, dans l'action de parler, serait-il impossible d'isoler les mouvements des lèvres et de la langue de ceux du larynx et des muscles respirateurs. On comprend donc que lorsque Mme C.... voulait essayer de parler, le diaphragme et les muscles abdominaux, sollicités à prendre part à l'acte auquel ils concourent habituellement, subissaient la fatigue inhérente à la plupart des états paralytiques, et de là les essoufflements (2). Nous verrons aussi que les sensations hypogastriques provenaient de la même cause, et, en même temps, jouaient un rôle capital dans la production de ces désordres. De là encore, pour la malade, l'obligation forcée d'éviter toutes les actions de nature à exciter les contractions synergiques des muscles paralysés et, en particulier, l'action de parler. On s'explique maintenant

---

(1) *Sur les mouvements involontaires qui sont exécutés par les muscles de la vie animale*, in *Archiv. gén. de Méd.*, 1847, t. xv, p. 72 et 224.

(2) On n'observerait pas de semblables phénomènes dans toute espèce de paralysie et ils ne peuvent se manifester qu'au milieu de conditions spéciales, comme celles que je ferai connaître plus loin. Mais si les muscles paralysés étaient complétement soustraits à l'influence nerveuse par suite d'une lésion organique ou de tout autre état pathologique capable d'isoler tout à fait ces muscles des centres nerveux, leur état ne réagirait plus sur l'ensemble de l'appareil dont ils font partie. Ainsi, à l'état normal, les efforts de défécation entraînent l'association d'action du diaphragme et des muscles abdominaux. Chez Mme C...., par des motifs particuliers, l'inertie de l'un entraînait celle des autres ; mais la paralysie des muscles abdominaux, par suite d'une altération de la moelle à la région dorsale, n'empêche nullement le diaphragme d'agir seul dans le sens de l'effort. Alors, en effet, tous les liens de la synergie et du consensus étant rompus, il n'existe plus de subordination entre les diverses parties d'un même appareil ; chacune d'elles peut devenir isolée et indépendante.

pourquoi les mouvements des lèvres et de la langue, impossibles quand il s'agissait de souffler, d'articuler, etc., redevenaient libres pour concourir à divers autres actes, comme la préhension, la mastication, la déglutition ; c'est qu'alors ils ne sollicitaient plus le concours des puissances respiratrices.

Probablement quelque chose d'analogue contribuait au mécanisme de l'aphonie, car j'ai fait remarquer l'immobilité absolue du larynx et de ses pièces quand la malade voulait produire un son, tandis qu'il reprenait toute sa mobilité dans des actes différents.

A cet ordre de phénomènes se rattache l'explication d'autres particularités constatées chez M[me] C.... On sait que, chez elle, la seule pensée de parler, de souffler ou de faire un effort suffisait pour provoquer l'anhélation et les sensations hypogastriques ; elle éprouvait les mêmes effets en voyant quelqu'un parler ou faire effort. Aussi, lui était-il impossible de se livrer à ces divers actes et même d'essayer. Les notions physiologiques acquises nous permettent encore de concevoir de tels faits : « *Il existe,* « dit Chevreul (1), *une liaison entre l'exécution de certains* « *mouvements et l'acte de la pensée qui y est relative, quoi-* « *que cette pensée ne soit point encore la volonté qui com-* « *mande aux organes....* Lorsque l'attention est entièrement « fixée sur un oiseau qui vole, sur une pierre qui fend l'air, etc., « le corps du spectateur se dirige (involontairement), d'une « manière plus ou moins prononcée, vers la ligne du mouve- « ment. Quand un joueur de boule ou de billard suit de l'œil le « mobile auquel il a imprimé le mouvement, son corps se porte « dans la direction qu'il voudrait voir suivre au mobile. » On sait aussi que la vue d'une personne qui vomit, bâille ou fait de pénibles efforts d'expectoration, détermine chez le spectateur des actes identiques, auxquels la volonté ne prend aucune part. M. Longet a aussi appelé l'attention sur ces phénomènes, qu'il désigne avec Chevreul sous la dénomination de *tendance au mouvement* (2).

Il est impossible de méconnaître l'analogie de ces faits avec ceux observés chez notre malade. Évidemment, la pensée de parler, de crier, de souffler ou de faire un effort, « *quoique*

---

(1) Lettre à Ampère, *Archiv. gén. de méd.*, 1833, t. II, p. 130, 132, 134.

(2) *Traité de physiol.*, Paris, 1852, t. I, fascicule III, p. 56.

cette pensée ne fût pas encore la volonté qui commande aux organes, » excitait un commencement d'activité dans les puissances dont le concours synergique, suivant un mode d'*association coordonnée* à l'avance, est nécessaire aux différentes actions précédemment énumérées. Dès lors, anhélation, sensations hypogastriques, impossibilité consécutive d'exécuter les mouvements des lèvres et de la langue destinés à l'articulation.

Ainsi s'explique aussi, dans ce cas, la difficulté d'écrire et de lire. Il est, en effet, impossible d'écrire ou de lire sans prononcer plus ou moins ou avoir de la tendance à prononcer les mots tracés sur le papier. Aussi, Mme C.... éprouvait-elle un état d'essoufflement qui l'obligeait à s'arrêter, et qui, après son départ de Bellevue, s'est transformé en une impossibilité complète de *tenir une plume* pour écrire ou de jeter les yeux sur un livre, la seule pensée d'écrire ou de lire provoquant le même effet.

Cette *disposition* ou *tendance au mouvement* sous l'influence de la pensée, constitue, à n'en pas douter, tout le mécanisme des tables tournantes; probablement aussi faut-il leur rapporter, avec Chevreul, les mouvements de la baguette des sourciers. Peut-être même une multitude de faits attribués par la crédulité publique à l'existence d'un prétendu fluide magnétique ont-ils une origine analogue.

Les interprétations précédentes paraîtront peut-être forcées aux personnes peu familiarisées avec la physiologie du système nerveux. A celles que de tels faits pourraient intéresser ou qui désireraient se renseigner plus complétement, je conseillerai de lire les détails fournis sur ce sujet par M. Longet, le mémoire de M. Debrou et le travail de Chevreul déjà cités.

L'observation de Mme C.... me paraît démontrer expérimentalement les données physiologiques que je viens de rappeler; on y trouve, en outre, une preuve irrécusable que cette *association coordonnée* de nombreux mouvements dans l'exécution de diverses fonctions n'est nullement subordonnée à la volonté, puisque la malade ne pouvait isóler dans la phonation, l'articulation, la buccination, etc., les mouvements de la langue, des lèvres et du larynx de ceux des muscles respirateurs. Remarquons aussi que cette sorte de coordination synergique s'exécute en nous tout à fait à notre insu.

L'observation pathologique démontre donc, comme la physiologie expérimentale, pour certaines fonctions, l'existence dans le système nerveux d'un principe de détermination et de coordination automatiques, tout à fait indépendant du moi.

L'exécution parfaitement coordonnée de la déglutition, de la respiration, de la défécation, de la miction, en dehors du concours de la volonté, en est la conséquence. A ce principe se rapportent encore les mouvements réguliers exécutés par des individus complétement privés de connaissance, pour fuir la douleur ou pour se délivrer d'une cause de souffrance. C'est ainsi qu'on voit souvent des malades dans cet état arracher leurs vésicatoires, des verres à ventouses, etc. Enfin, je m'explique ici l'accomplissement normal de la miction et de la défécation chez des animaux auxquels on a coupé la moelle en travers (chiens et cochons d'Inde), ou même chez des malades atteints d'une division complète de la moelle, comme on l'observe parfois. Notons, en passant, que ces derniers faits tendraient à attribuer un principe de coordination à la moelle rachidienne et même à établir, dans chaque portion de la moelle, un centre de coordination particulier. Mais je n'insisterai pas davantage sur un sujet qui sera abordé ailleurs avec plus de détail.

De tout ce qui précède, il résulte que les diverses perturbations observées du côté de la voix et de la parole chez Mme C...., provenaient d'une source unique, la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux. Or, la difficulté de marcher dépendait en partie de la même cause, puisque c'est l'anhélation qui obligeait la malade à s'arrêter et même à s'asseoir à chaque pas pour reprendre longuement haleine. Mais nous verrons que ce désordre avait encore une autre raison d'être.

Quelle était donc la nature de cette paralysie? A quel état pathologique se rattachait-elle? Quelles indications se présentaient à remplir?

Aucun signe ne désignait spécialement l'encéphale ou la moelle comme le siége du mal. D'ailleurs, la localisation du trouble du mouvement dans des muscles animés par des points du système nerveux si éloigné l'un de l'autre, la parfaite intégrité du système musculaire dans les parties intermédiaires à l'origine des nerfs phréniques et des branches nerveuses propres aux parois abdominales, constituaient deux particularités bien rares dans les affections des centres nerveux et susceptibles de recevoir une explication plus satisfaisante, comme on le verra plus loin. Ajoutons que l'absence de mouvements reflexes et, en même temps, la conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des cordons nerveux; enfin le retour de la parole pendant le sommeil ou les émotions, contribuaient encore à diminuer les probabilités d'une lésion anatomique.

Rien dans les phénomènes locaux, dans le siége du mal ou dans les symptômes éloignés ne provoquait l'idée d'une paralysie saturnine; on ne pouvait soupçonner non plus une influence rhumatismale. La paralysie n'avait aucun des caractères propres à la paralysie chlorotique ou anémique (1), et c'est à peine si l'on constatait chez la malade quelques légers signes de chlorose. Mais elle présentait les plus grands rapports avec les paralysies hystériques, par l'intégrité de l'irritabilité musculaire, l'anomalie de sa localisation, la singularité de certains phénomènes et l'existence de quelques manifestations hystériformes. Tel était, sans contredit, le diagnostic le plus conforme aux idées généralement reçues.

Cependant, ce diagnostic n'était pas exact, comme je vais le démontrer :

Il importe d'abord de se rappeler le début de l'affection. On sait que quatre ans avant son arrivée à Bellevue, au moment où elle faisait un effort pour soulever son enfant déjà grand, Mme C.... éprouva dans la région lombaire une sensation de déchirement, suivie, dès le lendemain, de pesanteur au bas-ventre augmentée par la marche et les efforts, premiers symptômes d'un déplacement de la matrice, qui fut constaté bientôt par MM. Chomel et Velpeau. On n'a pas oublié non plus que des essoufflements, de la difficulté à prononcer des phrases de longue haleine et de la peine à marcher surtout à cause de l'anhélation, se manifestèrent à la suite du même accident. On doit se rappeler, enfin, que les troubles de la respiration, de la voix et de la parole d'une part, et les symptômes hypogastriques d'autre part, suivirent une marche absolument parallèle, diminuant et augmentant toujours simultanément. Ces commémoratifs devaient porter, il me semble, à établir un certain rapport entre l'état des organes du bas-ventre et les autres manifestations morbides, d'autant mieux que la malade elle-même indiquait avec persistance cette corrélation, disant en avoir

(1) Je me propose de prouver, dans un autre travail, que la plupart des paralysies développées sous l'influence de la chlorose, de l'anémie et de divers états analogues, sont constituées par une *affection locale* des muscles, qui consiste en la diminution ou l'abolition *primitive* de l'irritabilité musculaire. Outre ce caractère fondamental, ces paralysies se distinguent par la conservation de l'excitabilité des cordons nerveux et par l'absence d'atrophie, au moins pendant un temps fort long, enfin par une localisation et une marche spéciales.

conscience. Pour ma part, frappé par ces diverses circonstances, ce rapprochement me parut rationnel, et, guidé par la connaissance de faits analogues que je rappellerai plus loin, je dirigeai mes investigations dans ce sens.

Au moyen du toucher vaginal, il était facile de reconnaître une antéversion très-prononcée avec abaissement de l'utérus, qui expliquait les sensations pénibles éprouvées par la malade du côté de l'hypogastre, et contribuait à rendre compte de la difficulté de la marche. En pratiquant cet examen, je constatai cela de remarquable, que les attouchements exercés sur l'organe déplacé déterminaient un essoufflement plus considérable, et provoquaient l'espèce de syncope avec étranglement que j'ai décrite. Enfin, particularité bien caractéristique, en soulevant et redressant la matrice avec douceur, la malade étant couchée, on lui rendait la faculté de produire un faible son et d'articuler quelques syllabes : « oui, monsieur, » par exemple.

Le rapport établi devenait de plus en plus probable ; il semblait évident que la paralysie du diaphragme, au moins, et probablement aussi celle des muscles abdominaux se rattachaient au déplacement de la matrice.

L'existence de paralysies sympathiques de divers états pathologiques de l'utérus, me paraît aujourd'hui hors de doute. Tissot et P. Frank l'avaient déjà signalée ; mais c'est aux médecins de notre époque que l'on doit surtout les observations publiées à ce sujet. J'ai réuni un assez grand nombre de faits de ce genre, et l'on en trouvera également plusieurs dans le mémoire de M. R. Leroy (d'Etiolles) sur les paraplégies (Paris, 1856). Dans presque tous ces cas, la guérison de la paralysie a suivi rapidement celle de la maladie utérine ou l'accouchement, quand elle s'était développée pendant la grossesse. J'ajouterai qu'il ne faudrait pas chercher à expliquer les désordres du mouvement ou du sentiment par la compression des nerfs du bassin ; car cette interprétation ne serait évidemment applicable qu'à des paraplégies et resterait sans valeur lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie ou d'une paralysie des quatres membres. Encore moins rendrait-elle compte de l'amaurose, quand on l'observe dans ces conditions, comme M. Cazeau a eu occasion de le faire (1). Ces troubles fonctionnels, dont la rapide disparition

(1) *Traité des accouchements*, 1853, p. 335.

coïncide avec celle de la cause à laquelle ils se rattachaient, sont évidemment de nature sympathique.

Ainsi, les phénomènes actuels de l'affection, la marche du mal et l'analogie, tout autorisait à considérer la paralysie observée chez Mme C.... comme sympathique de l'antéversion constatée. Quelques mots sur le mécanisme probable de ce désordre du mouvement compléteront, je l'espère, la démonstration de ce fait.

En général, il faut diviser les manifestations sympathiques en deux ordres : les unes, éloignées de l'organe malade, n'ont avec l'affection primitive que des rapports médiats. Ainsi, la céphalalgie ou les vertiges provoqués par un état pathologique de l'estomac; les convulsions, le délire déterminés par une maladie des reins ou du poumon, etc. D'autres fois, les accidents sympathiques se déclarent dans des organes contigus au foyer morbide ou faisant partie du même appareil. Exemple : l'occlusion convulsive des paupières dans la conjonctivite, le vomissement dans la péritonite, le ténesme anal et vésical dans la prostatite, la contracture musculaire au voisinage des articulations douloureuses, etc., etc.

Or, on trouve dans les paralysies sympathiques des cas de ces deux catégories : d'une part, il existe d'incontestables exemples de paraplégie, d'hémiplégie, de paralysie des membres supérieurs, d'amauroses, produites par la présence de vers dans les intestins, par des affections des viscères abdominaux, par la grossesse, etc. ; d'autre part, on a rapporté des observations de paralysie du diaphragme déterminée par une affection voisine, comme une hépatite, une péritonite ou une pleurésie, et on sait aussi que parfois, dans la pleurésie, la pleurodynie ou la névralgie intercostale, les côtes du côté malade cessent de se mouvoir.

Dans les faits de ce genre, on peut hésiter, il est vrai, à assimiler le trouble fonctionnel aux paralysies ordinaires, et il semble avoir beaucoup plus d'analogie avec les contractures qui se développent dans les muscles contigus aux articulations malades. Je vais même plus loin, je considère ces deux phénomènes morbides comme identiques, malgré leur différence symptomatique. Dans l'un et l'autre cas, l'organisme intervient pour mettre les parties malades à l'abri de violences mécaniques, mais par des procédés conformes aux indications naturelles. Ici, deux surfaces articulaires enflammées s'irritent par leur frottement : aussitôt les muscles vont se contracter violem-

ment pour les immobiliser. Là, au contraire, les contractions répétées d'un muscle agissent d'une manière fâcheuse sur une affection voisine : ce muscle devient inerte. Ces deux actes pathologiques procèdent donc de la même loi physiologique.

Mais en admettant cette assimilation, je l'admets tout entière et je n'entend pas qu'elle change rien à la nature du désordre fonctionnel. Ces états d'inertie ou de contraction musculaire violente restent tout à fait indépendants de la volonté des malades, qui ne sont nullement les maîtres de les modifier. Ils ont même lieu parfois à leur insu et avec des effets que la volonté serait incapable de produire : ainsi, nous ne pouvons pas immobiliser volontairement un des côtés du thorax, ni l'une des moitiés du diaphragme, comme on l'observe dans des cas de ce genre. Par conséquent, le trouble du mouvement, dans le premier cas, constitue une ***paralysie*** réelle, au même titre qu'il constitue une ***contracture*** dans le second.

La paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux observée chez Mme C...., rentrait, à n'en pas douter, dans cette catégorie, et elle avait probablement pour but d'éviter à l'utérus les mouvements que lui impriment toujours les contractions de ces muscles. Les sensations pénibles ressenties à l'hypogastre à la moindre oscillation, leur imposait, en quelque sorte, cet état d'immobilité. Aussi, la localisation de la paralysie, précisément et exclusivement dans les seuls muscles capables de réagir mécaniquement sur la matrice, mais dont les nerfs ont une origine et un trajet si différents, révèle-t-elle de la manière la plus évidente, selon moi, la cause véritable, la nature et le mécanisme de ce désordre fonctionnel. Il n'y a, d'ailleurs, de tout à fait insolite dans ce fait, que la gravité des accidents ; car tous ceux qui ont l'habitude d'étudier les affections de l'utérus savent combien agissent sur cet organe, lorsqu'il est malade, les efforts et toutes les causes de compression. Ils savent aussi combien ces diverses influences ont de retentissements sympathiques, particulièrement sur la force musculaire. L'un des effets les plus ordinaires, et que je signale comme se rattachant à mon sujet, c'est justement la faiblesse et la brièveté de la parole, ou, tout au moins, la fatigue qu'elle entraîne chez un grand nombre de femmes atteintes d'un déplacement de la matrice. Les phénomènes constatés chez Mme C.... n'étaient donc exceptionnels, je le répète, que par leur intensité.

Ainsi, chez cette malade, les indications curatives consistaient principalement à rétablir l'utérus dans sa position normale ou

à modérer le retentissement sympathique dont cet organe était le point de départ. Indications, il est vrai, plus faciles à poser qu'à remplir. Je n'insisterai pas sur les difficultés de la première en général, je rappellerai seulement que, dans le cas spécial dont il est ici question, les moyens ordinaires de contention, les pessaires, une ceinture hypogastrique, la suppression du corset, n'ont pas empêché le déplacement d'augmenter jusqu'au renversement complet. Quant aux moyens mécaniques plus directs, outre les inconvénients et les incertitudes du résultat qui doivent rendre très-circonspect dans leur emploi, l'extrême sensibilité de l'utérus chez Mme C.... en contre-indiquait formellement l'usage jusqu'à nouvel ordre ; aussi ne fut-il question de ces agents que pour les repousser. D'autre part, compter sur les antispasmodiques pour modifier les phénomènes sympathiques semblait extrêmement douteux.

Mais un fait avait attiré toute mon attention chez Mme C.... Parfois, comme je l'ai dit, quoique entièrement muette pendant la veille, elle prononçait en rêvant quelques mots à haute voix, mais elle perdait immédiatement la parole si elle venait à s'éveiller. Je rappelle encore que tout éloignait l'idée d'une supercherie, et, d'ailleurs, je ne me trouvais pas en face d'un phénomène absolument nouveau ; parmi les matériaux que je rassemble depuis plusieurs années sur les affections nerveuses, je possédais deux observations analogues. Le fait en lui-même ne pouvait se révoquer en doute ; l'explication restait à trouver ; or, je crus pouvoir attribuer au sommeil, qui diminue en général l'énergie de toutes les actions organiques, une influence hyposthénisante sur les propriétés du système nerveux d'où procède la sympathie ; je pensai, en d'autres termes, que le retentissement sympathique de l'affection utérine était affaibli pendant le sommeil. Si cette interprétation était juste, je devais obtenir les mêmes résultats en plaçant artificiellement la malade dans des conditions analogues à celles que je supposais, et je songeai au chloroforme dont l'action, lorsqu'il est administré sous forme d'inhalations, se porte particulièrement sur la moelle et éteint, avec son excitabilité, le pouvoir reflexe, source évidente de la plupart des phénomènes sympathiques.

On a vu à quel point cette tentative a été couronnée de succès, et comment, par la suite, j'obtins des effets plus marqués encore et surtout plus durables avec des agents thérapeutiques dont l'action est analogue à celle du chloroforme, mais moins fugitive ; je veux parler des narcotiques.

Or, s'il est possible de comprendre que des agents stupéfiants annihilent la sympathie, on ne peut réprimer une certaine surprise en songeant à leur influence curative sur une manifestation morbide qu'ils semblent plus propres à engendrer qu'à guérir. Aussi, après avoir considéré l'aphonie, la mutité, les désordres fonctionnels du diaphragme et des muscles abdominaux comme de nature paralytique, j'ai éprouvé quelque doute en constatant un résultat aussi insolite. Je me suis trouvé même moins édifié sur l'étiologie admise, et j'aurais peut-être classé toute cette affection dans la catégorie des accidents hystériques ordinaires, si le mécanisme de ces divers phénomènes ne s'était pas révélé d'une manière aussi évidente, sous une forme aussi simple. J'avais d'ailleurs la certitude, par des faits antérieurs, que les paralysies hystériques proprement dites ne cèdent pas instantanément au chloroforme, comme on le verra dans la suite de ce travail.

Quant à la nature paralytique des troubles fonctionnels, si on se rappelle les signes observés chez Mme C...., une plus longue discussion sur le diagnostic paraîtra, je pense, inutile : une affection convulsive ou une contracture du diaphragme, dans le cas où on pourrait s'arrêter à ces suppositions, ne fournirait pas de semblables symptômes. Les convulsions, par exemple, au lieu de l'immobilité, produisent des mouvements désordonnés des parois de l'abdomen ; et, lorsqu'elles se compliquent de convulsions des muscles antérieurs de cette cavité, on observe parfois de très-curieux phénomènes qui ont pu donner lieu aux plus grossières erreurs. Sous la pression des muscles convulsés, les intestins se rassemblent en masses arrondies qui se déplacent rapidement, se portant d'un point à l'autre du ventre, suivant la prédominance des contractions dans tel ou tel muscle. Telle était la véritable nature d'un *entozoaire monstrueux* miraculeusement évacué à la suite d'un pèlerinage, et dont on a lu peut-être l'étonnante histoire !!...

Quant à la contracture, en voici les symptômes d'après M. Duchenne (de Boulogne) : agrandissement transversal de la moitié inférieure du thorax, d'une manière continue ; abolition des mouvements alternatifs de soulèvement et d'abaissement de l'épigastre et des hypochondres, qui restent *soulevés d'une manière permanente ;* respiration bornée aux mouvements des côtes supérieures ; aphonie plus ou moins complète, suffocation, et enfin *asphyxie rapide.* A part l'aphonie, il n'y avait rien de semblable chez Mme C....

Ainsi, d'une part, la paralysie des muscles abdominaux et du diaphragme était incontestable; d'autre part, elle suffisait à rendre compte de l'aphonie et de la mutité chez Mme C.... L'action du chloroforme et des narcotiques s'exerçait donc bien sur des phénomènes paralytiques, et c'est un fait nouveau à consigner dans l'histoire de ces agents et des affections nerveuses. Pour moi, j'y vois une preuve de plus à l'appui de cette proposition développée dans mon mémoire sur l'étiologie des névroses, savoir : « *Que dans les affections nerveuses les indications tirées de la forme symptomatique sont secondaires et toujours subordonnées aux indications fournies par l'étiologie.* » Je dois même faire remarquer ici, non-seulement l'inutilité de l'agent réputé par excellence anti-paralytique, la strychnine, mais son influence nuisible. Sans doute, portée à doses presque excessives, elle a provoqué des convulsions diaphragmatiques ; mais loin de déterminer une amélioration réelle et durable, comme dans certaines espèces de paralysie, elle atténuait les heureux effets du chloroforme et même les annulait. L'hyperesthésie générale constatée pendant son administration, me porte à croire qu'elle agissait en augmentant l'intensité des phénomènes sympathiques, et, effectivement, le chloroforme reprit toute son influence lorsque, après la suppression de la strychnine, la sensibilité fut revenue à son état normal.

En voyant ainsi le *phénomène paralysie* céder tantôt à des excitants, tantôt à des stupéfiants, se refusera-t-on à reconnaître que l'*expression morbide* n'a rien de spécifique par elle-même, et que la médecine du symptôme, la thérapeutique empirique, doit être enfin bannie du traitement des *affections* nerveuses?

Je pressens, il est vrai, au sujet de l'observation que j'analyse, deux objections à ma manière de voir : 1° les bons effets de l'électricité chez Mme C...; 2° le défaut d'action du chloroforme et des narcotiques, par la suite, semblent infirmer mes appréciations.

1° En ce qui concerne l'électricité, il paraît difficile de concilier les heureux résultats de son emploi avec l'insuccès de la strychnine. — Je répondrai qu'on doit bien se garder de comparer l'excitation locale qu'elle provoque avec les effets généraux de la strychnine. Maintenue dans de justes limites et hors le cas d'éréthisme nerveux, la faradisation localisée ne produit pas de retentissement éloigné, à moins de dispositions individuelles

particulières ; elle tend seulement à accroître les phénomènes sensitivo-moteurs dans les parties auxquelles elle est appliquée. En un mot, elle agit périphériquement, et si elle détermine quelque modification fonctionnelle du côté des centres nerveux, cette modification reste bornée aux points sur lesquels réagit l'excitation périphérique et ne se propage pas au loin. Aussi son emploi sagement dirigé peut-il convenir à la plupart des cas où il est nécessaire de faire localement une sorte d'appel à l'influx nerveux, et c'est ainsi que s'expliquent ses bons effets chez Mme C.... La strychnine, au contraire, administrée à l'intérieur, exerce son influence sur toute l'étendue des centres nerveux, et, par conséquent, sur l'organisme entier, donnant naissance à un état artificiel d'éréthisme nerveux, exaltant la sensibilité, la motilité, le pouvoir reflexe de la moelle, et avec eux tous les phénomènes sympathiques qui en dépendent. De là ces convulsions générales provoquées par les plus légers attouchements d'un point quelconque du corps chez les individus ou les animaux empoisonnés par la strychnine. De là aussi, chez notre malade, l'augmentation du retentissement sympathique de l'affection utérine, et, par conséquent, des accidents paralytiques. Or, l'électricité aveuglément employée ou mal mesurée avec la susceptibilité individuelle des malades, peut amener les mêmes résultats que la strychnine, et nous en voyons la preuve dans l'observation précédente. Les premières séances électriques, on le sait, ont provoqué chez la malade un état nerveux général et des contractures des quatre extrémités. Plus tard, lorsque, encouragé par les effets obtenus, j'ai cru pouvoir multiplier ces applications, j'ai vu de nouveau survenir des accidents analogues, et les symptômes paralytiques se sont accrus au lieu de diminuer.

L'électricité peut donc exercer une double action : A, une excitation toute locale ; B, une excitation générale. Lorsque, chez Mme C...., je me suis borné aux premiers de ces effets, les résultats ont été satisfaisants ; mais ils ont été fâcheux du moment où je suis arrivé jusqu'au second, c'est-à-dire jusqu'à imiter l'action de la strychnine. Par conséquent, ces résultats, loin d'infirmer les appréciations présentées plus haut, les confirment pleinement.

2° Le défaut d'influence des agents stupéfiants, à une époque plus avancée de la maladie, tendrait à faire croire que j'ai été, dans le principe, la dupe de quelque illusion. Mais j'affirme que les observations ont été faites de manière à éviter toute erreur,

et, d'ailleurs, je ferai connaître plus loin des faits identiques chez trois autres malades. Si le chloroforme et les narcotiques ont fini par perdre leur puissance chez Mme C...., il faut, je pense, l'attribuer aux modifications survenues dans les conditions pathologiques. La marche des choses me paraît démontrer l'exactitude de cette supposition : comme je l'ai dit, en effet, c'est à la suite d'une assez longue conversation que Mme C.... a perdu de nouveau la parole presque tout à coup. Si l'on veut bien se rappeler que le développement de l'affection ou les diverses rechutes ont eu lieu à la suite d'efforts ou de fatigues capables de produire ou d'accroître le déplacement de la matrice, si l'on tient compte de la sensibilité excessive de cet organe aux moindres mouvement des muscles abdominaux chez notre malade, et de la réaction sympathique qu'elle exerçait à son tour sur ces mêmes muscles, la fatigue d'une conversation trop prolongée ne paraîtra pas sans influence sur la production de cette récidive. Depuis lors, en effet, les sensations pénibles à l'hypogastre prirent une intensité plus grande, et il s'y joignit une sensation d'abaissement qui n'existait pas auparavant. On sait aussi que le déplacement de l'utérus, consistant en une antéversion considérable au moment de l'arrivée de Mme C..... s'est transformé peu à peu en un renversement complet. L'analogie autorise à supposer que cette aggravation de la lésion pathogénique primitive a dû entraîner une aggravation parallèle dans les phénomènes secondaires en augmentant le retentissement sympathique. De là, probablement, l'insuffisance des moyens stupéfiants employés avec succès jusqu'à ce moment.

Mais, pourra-t-on dire, dans cette supposition il ne s'agissait que d'augmenter les doses de ces agents. Or, justement, s'il fut impossible de pousser plus loin les essais par la morphine et l'opium, à cause des nausées et des vomissements très-pénibles et prolongés qu'ils déterminaient, j'ai pu le faire au moyen du chloroforme, ses effets étant toujours très-passagers, et je me suis assuré qu'il n'a jamais perdu son influence. Je ne parvenais plus, il est vrai, à rétablir la parole et les mouvements du diaphragme au moyen de quelques inspirations; mais en allant jusqu'au sommeil, le diaphragme recommençait à fonctionner normalement : si alors la malade ne parlait pas, c'était par la raison fort simple qu'elle *dormait profondément.*

J'aurais pu satisfaire, peut-être, certains esprits en donnant, des particularités en question, une explication beaucoup moins complexe, j'aurais pu considérer Mme C.... comme habituée à l'action des stupéfiants, et n'en éprouvant plus les effets. Mais

les narcotiques continuaient à produire les nausées et la somnolence ; le chloroforme provoquait toujours l'anesthésie et le sommeil. Il n'y avait donc pas habitude.

Je dois faire remarquer, d'ailleurs, qu'à cette époque de la maladie l'électricité était devenue aussi impuissante que les stupéfiants, ce qui ajoutait encore à la probabilité de quelque modification dans l'état de la malade.

J'ai insisté longuement sur l'analyse de l'observation de Mme C.... à cause de l'extrême importance qu'elle m'a paru présenter, comme je l'ai dit, au double point de vue de la pathologie et de la physiologie. Je ne veux pas chercher à justifier la nécessité de tels commentaires; je laisse à chacun de l'apprécier suivant sa disposition d'esprit. Je dois dire seulement qu'à mon avis, les progrès de la pathologie du système nerveux sont subordonnés, en grande partie, à ceux de sa physiologie, et les éléments de cette branche des sciences médicales se trouvent autant dans l'observation clinique que dans des vivisections souvent trompeuses ou impossibles.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir déduire de ce qui précède les conclusions suivantes au sujet de cette observation :

1° Chez Mme C...., la mutité et l'aphonie provenaient de la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux;

2° Cette paralysie constituait un trouble fonctionnel *sympathique* d'une affection utérine ;

3° Ses caractères distinctifs étaient : sa disparition passagère ou plus ou moins prolongée sous l'influence du sommeil et des agents stupéfiants, comme le chloroforme et les narcotiques;

4° L'existence des paralysie sympathiques n'est donc pas douteuse.

Parmi les faits intéressants de l'observation de Mme C..., deux circonstances sont surtout importantes au point de vue de l'objet de ce travail :

1° La disparition des phénomènes paralytiques pendant le sommeil;

2° Leur cessation immédiate sous l'influence du chloroforme et des narcotiques.

Il ne s'agit pas, en effet, de particularités exceptionnelles, isolées, et, en quelque sorte idiosyncrasiques, mais de phénomènes communs à un certain nombre de paralysies, physiolo-

giquement explicables, suivant moi, et qui, peut être, constituent les caractères distinctifs d'un groupe nosologique. Or, comme ces faits sont nouveaux, inattendus et de nature à exciter le doute, il est nécessaire de dissiper toute incertitude, et je présenterai dans ce but deux observations empruntées, l'une à Lallemand, l'autre au docteur Bonnefous. Dans la première, comme dans celle de Mme C...., la paralysie disparaissait pendant le sommeil; dans la seconde, elle cédait instantanément aux inhalations du chloroforme.

Obs. II. — « Je viens de voir, à Marseille, un enfant âgé de 3 ans et demi, qui eut à 18 mois des contractions spasmodiques intermittentes dans la main droite, puis des convulsions, puis enfin une *hémiplégie* de tout le côté droit, accompagnée de mutisme, etc... Aujourd'hui, la jambe a repris ses fonctions, mais le bras droit est resté roide et privé de tout mouvement volontaire.... Mais, *quand cet enfant est endormi, les doigts de sa main droite deviennent aussi souples et aussi mobiles que ceux de sa main gauche, il remue le bras paralysé aussi souvent et aussi librement que l'autre; quand il s'éveille et quand il s'étend en bâillant, il allonge et contracte encore également les deux bras; mais, sitôt qu'il est complètement éveillé, il lui est impossible de faire exécuter au membre le moindre mouvement.* » (Lallemand, *Recherches sur l'encéphale*, t. III, p. 312.)

Obs. III (1). — Mme X...., âgée de 24 ans, éminemment nerveuse et soumise fréquemment à de pénibles préoccupations, présentait depuis plusieurs années la série complète de toutes les perturbations nerveuses, avec une chlorose hémorrhagique au point de départ. Chaque période menstruelle était accompagnée de diverses manifestations nerveuses qui cessaient avec l'écoulement utérin, toujours d'une abondance excessive.

Le 11 *mars* 1853, au milieu d'une époque à forme plus hémorrhagique que d'ordinaire, compliquée d'une gastralgie violente et de vomissements très-douloureux, se manifestèrent les premiers symptômes d'une paralysie de tout le côté droit du corps, qui devint rapidement complète et s'étendit le 14 aux quatre membres. Les acci-

(1) Dans la nécessité d'abréger, j'ai dû modifier la rédaction de cette intéressante observation ; mais je n'ai rien changé aux faits si curieux qu'elle contient.

dents paralytiques ne portaient que sur la motilité ; la sensibilité restait normale. Cette fois, ces désordres persistèrent au lieu de se dissiper, comme d'ordinaire, après la suspension de l'hémorrhagie qui eut lieu le 15.

Le 18, la paralysie des quatre membres restait complète. Mme X.... souffrant ce jour-là beaucoup du côté de l'estomac, fut soumise à quelques inhalations de chloroforme, qui avaient précédemment réussi à calmer une foule de symptômes pénibles. Aussitôt (1), *retour complet du mouvement volontaire dans les parties tout à l'heure paralysées. Mais, à mesure que les effets du chloroforme se dissipèrent, la paralysie se reproduisit comme auparavant.*

D'après cette indication, Mme X.... fut soumise matin et soir à l'action du chloroforme ; constamment le sommeil arrivait d'une manière très-rapide ; il durait de sept à huit minutes. *La guérison momentanée de la paralysie en était toujours la conséquence.* Dans l'intervalle des deux séances, la malade prenait de 0,05 à 0,06 centigrammes d'opium.

Le 24 *mars*, le mouvement volontaire se rétablit dans le côté droit du corps ; le lendemain 25, le côté gauche recouvra aussi la faculté de se mouvoir ; et, quelques jours après, la guérison était complète. Le traitement indiqué plus haut a été le seul mis en usage ; on l'a tout à fait suspendu le 27 mars. (*Gaz. méd. de Toulouse.* — Observation recueillie par M. le docteur Bonnefous.)

Ainsi, la disparition de certaines paralysies sous l'influence du sommeil et des agents stupéfiants a été observée par d'autres que par moi, et si on se refusait encore à admettre l'authenticité de ces faits, bien étranges, il est vrai, au moins les observations que je consigne dans ce travail devraient-elles être prises en considération et provoquer des investigations ultérieures. Pour moi, laissant au temps le soin de confirmer plus amplement mes recherches personnelles, je vais essayer maintenant d'apprécier la portée de ces nouvelles données. Les observations suivantes me semblent avoir une certaine valeur sous ce rapport.

---

(1) Cette dame présentait une singulière sensibilité à l'action du chloroforme. Chez la malade de la 1re observation, j'ai été également frappé de la rapidité des effets produits par cet agent.

Obs. IV. — *Paraplégie chez une femme enceinte, guérie immédiatement après l'accouchement.— Disparition de la paralysie pendant le sommeil : somnambulisme.*

Résumé. — Une jeune dame, mariée à l'âge de 18 ans et très-bien portante jusqu'à cette époque, fut prise, au troisième mois d'une première grossesse, de symptômes nerveux multiformes : tristesse, penchant au suicide, accès d'hystérie, de catalepsie, de mort apparente; état d'obtusion ou d'excitation extrême de la vue, de l'ouïe, etc.; accidents qui persistèrent tout le temps de la grossesse. Après un séjour au lit de quelques jours, quand la malade voulut se lever et marcher, les membres inférieurs s'affaissèrent sous elle. Ils lui paraissaient complétement engourdis et extrêmement lourds; les pieds lui semblaient fortement fixés au sol comme par une boue épaisse, et elle ne pouvait les soulever ni leur imprimer les mouvements nécessaires à la marche. Au lit, elle pouvait, cependant, mouvoir ces membres, quoique sans énergie; mais ils restaient très-engourdis et étaient le siége de crampes fréquentes. Les membres supérieurs étaient aussi, parfois, tout à fait privés de mouvement, mais seulement d'une manière passagère; habituellement la malade les faisait servir à tous les usages, quoiqu'ils fussent toujours un peu faibles. La paralysie des membres inférieurs présentait même quelques intermittences, car certains jours la malade pouvait marcher un peu; mais d'ordinaire, la marche et la station debout étaient absolument impossibles. Miction et défécation normales. — Rien ne put modifier cet état jusqu'à l'accouchement.

Au huitième mois de la grossesse, des accès de somnambulisme se joignirent aux autres phénomènes nerveux : *la malade, privée de l'usage des membres inférieurs pendant l'état de veille, se levait la nuit au milieu du sommeil, et, tout endormie, se promenait dans sa chambre. Une nuit on la trouva debout sur un meuble où elle n'avait pu monter qu'en déployant une certaine force.*

L'accouchement fut heureux et rapide; il fut suivi de la cessation immédiate de tous les symptômes nerveux. Lorsque la malade commença à se lever, au huitième jour, elle reconnut avec joie que la station debout et la marche étaient possibles et faciles, malgré la faiblesse consécutive à un long séjour au lit et à l'accouchement. Les membres n'étaient plus ni lourds ni engourdis.

Est-il nécessaire de chercher à démontrer la nature sympathique de cette paralysie développée dans le cours de la grossesse, et subitement guérie après la délivrance, comme, d'ail-

leurs, toutes les autres manifestations nerveuses? Ce fait porte avec lui, il me semble, un caractère d'évidence qui me dispense d'insister. Je répéterai seulement ce que j'ai déjà dit : c'est qu'il est impossible d'attribuer la perte du mouvement, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, à la compression des nerfs du bassin par l'utérus. Chez cette malade, en effet, cette explication ne rendrait compte ni des autres désordres nerveux, ni des phénomènes paralytiques passagèrement observés du côté des membres supérieurs ; elle ne permettrait pas davantage de comprendre le retour des mouvements et la possibilité de la marche pendant le sommeil. Je crois, d'après ces motifs, pouvoir classer ce fait parmi les névroses sympathiques.

Nous trouvons donc chez cette malade, comme chez celle de la première observation, ce phénomène singulier, la cessation de la paralysie pendant le sommeil ; et c'est un rapprochement d'autant plus important à faire qu'il s'agissait, dans ces deux cas, d'affection de même nature. Aussi, conduit par cette analogie, je me suis cru autorisé à donner une interprétation semblable aux particularités de l'observation suivante :

Obs. V. — *Paralysie générale aiguë, survenue au milieu d'un état nerveux très-complexe. — Possibilité des mouvements pendant le sommeil. — Disparition immédiate mais momentanée de la paralysie sous l'influence du chloroforme.*

Résumé. — Mlle B...., âgée de 21 ans, assez fortement constituée, mais d'un tempérament essentiellement nerveux, était atteinte, depuis plusieurs années, d'une chloro-anémie profonde avec dysménorrhée, accidents nerveux multiformes, surtout aux époques menstruelles, et paralysie complète des muscles des mains et des avant-bras (1). Cet état, excessivement grave par ses effets, et, comme on le verra, par ses résultats ultimes, avait été modifié de la manière la plus complète et la plus inespérée, par l'emploi de l'hydrothérapie, sous la direction de M. L. Fleury. Mais, le 9 février 1856, se manifestèrent de nouveau des symptômes alarmants, et Mlle B.... fut aussitôt transportée à Bellevue. Ces phénomènes, qui succédaient à une suppression de règles, étaient absolument semblables à ceux qu'elle avait

(1) Cette paralysie, caractérisée par l'abolition complète de l'irritabilité musculaire et un léger degré d'atrophie, n'était pas, par conséquent, de nature hystérique.

éprouvés auparavant, presque toujours dans les mêmes circonstances. Ils consistaient principalement en douleurs atroces, ayant d'abord leur siége à l'hypogastre et aux lombes, mais s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen, surtout à l'épigastre, et s'accompagnant de vomissements verts, d'une excitation remarquable du côté des organes génitaux, d'un état nerveux général, d'une souffrance universelle, d'altération profonde de la face, de cris violents, puis d'accidents hystériformes, etc. D'ailleurs, l'absence complète de fièvre, la diminution des douleurs abdominales par la pression, leur intermittence, et, enfin, leurs déplacements assez fréquents, ne permettaient pas d'attribuer ces désordres à un état inflammatoire du péritoine ni de l'utérus ou de ses annexes. Les douleurs hypogastriques et lombaires, seules, étaient permanentes, quoique plus ou moins vives aux divers moments de la journée. Tous ces symptômes s'amendèrent graduellement, et, au bout de quinze jours, Mlle B.... put être soumise au traitement hydrothérapique qu'il avait été impossible d'appliquer pendant toute cette période.

Malheureusement, le 21 avril, encore après une suppression des règles à la suite d'une frayeur, les mêmes phénomènes se développèrent avec la plus grande violence, accompagnés d'une extrême excitation du côté des organes génitaux, et compliqués, en outre, d'une hyperesthésie générale. Ces désordres persistèrent et augmentèrent sans qu'il fût possible d'en modérer l'intensité autrement que par des inhalations de chloroforme fréquemment répétées, et l'administration de l'opium à dose assez élevée. Un mois entier se passa dans cet état sans grand changement : la malade dormant à peine, mangeant fort peu, et, d'ailleurs, tourmentée par des vomissements presque continuels, tomba graduellement dans un véritable état de marasme. Le pouls était, en général, rapide (de 100 à 120), mais très-variable dans son rythme. La température de la peau n'a jamais été augmentée.

Du 23 au 26 *mai*, les règles semblèrent vouloir se montrer; mais tout se borna à un peu de leucorrhée et un léger écoulement sanguinolent qui dura quelques heures. Cette apparition fut précédée et accompagnée d'un retour de l'excitation génitale qui avait disparu, de mouvements convulsifs de la tête seule, de gastralgie très-vive, de vomissements plus opiniâtres, de douleurs lombaires et hypogastriques violentes, enfin, d'un ictère général. — Pouls à 115, sans augmentation de la température du corps.

Le 26, à tous ces phénomènes, succède une sédation générale qui est attribuée à l'administration de vingt gouttes de laudanum de Sydenham en lavement. Les douleurs sont peu vives, la gastralgie est

nulle, les vomissements ont cessé, les aliments sont bien supportés; le pouls est subitement tombé à 80, les mouvements convulsifs de la tête ont disparu. En un mot, la surexcitation énorme à laquelle la malade était en proie depuis un mois, et surtout depuis la manifestation des dernières règles, est complétement calmée; aujourd'hui, c'est l'affaissement qui domine.

Le 27, Mlle B.... accuse, dans les parties supérieures des membres thoraciques, jusqu'alors non paralysées, une pesanteur et une difficulté de mouvement inaccoutumées.

Le 28, il est évident que le mouvement volontaire est très-affaibli dans ces parties. La malade se plaint aussi d'une sensation d'engourdissement dans les membres inférieurs, où l'hyperesthésie des jours précédents est remplacée par une anesthésie générale, mais incomplète. Les contacts, les piqûres superficielles ou profondes et la température sont très-peu senties.

Dans la journée, les orteils cessent de se mouvoir volontairement; un peu plus tard, cette impuissance de se mouvoir gagne les pieds en totalité, puis les jambes.

Le 29. Ce matin, il existe une paralysie à peu près complète des quatre membres, qui ne peuvent être mus volontairement, en totalité ou en partie, quels que soient les efforts tentés par la malade. Il lui est, par conséquent, impossible de changer de place, et on est obligé de lui donner la position qu'elle désire, mais elle retombe toujours dans la position horizontale. Insensibilité presque complète des membres inférieurs à toutes les excitations (attouchements, piqûres, froid ou chaud); persistance de l'hyperesthésie dans toute la partie supérieure du corps. On n'observe ni mouvements convulsifs spontanés, ni mouvements réflexes sous l'influence de diverses excitations; pas de contracture. Pas de tremblement fibrillaire. Irritabilité musculaire partout bien conservée; l'électricité provoque toujours des effets beaucoup plus marqués quand un des excitateurs est porté sur un cordon nerveux. Pas d'embarras de la parole, pas de tremblement des lèvres ni de la langue, pas de déviation de la bouche. Tous les sens sont intacts. L'intelligence n'est nullement modifiée. Miction et défécation normales.

3 *heures*. Je trouve la malade *endormie. Elle est couchée sur le côté et se maintient très-bien dans cette position. J'interroge les personnes présentes pour savoir si on l'a aidée à la prendre, et on m'affirme que non. Quelques moments après, je la vois remuer très-évidemment les membres et leur donner d'elle-même une autre position. Sans doute éveillée par le bruit, elle se retourne vers nous comme pour interroger. Mais dès qu'elle est complétement éveillée,*

je l'engage inutilement à se mouvoir dans son lit; elle ne peut imprimer à ses membres la moindre oscillation; il lui est également impossible de changer de position spontanément; elle ne peut se maintenir couchée sur le côté, comme pendant son sommeil, et retombe aussitôt sur le dos. Plusieurs fois dans la journée on l'a vue remuer ainsi en dormant.

A son réveil, Mlle B.... se plaint d'une certaine gêne de la respiration et d'un sentiment de compression circulaire du thorax. Il n'y a pourtant pas de toux; l'auscultation et la percussion ne révèlent aucun état morbide des poumons ni du cœur.

10 *heures*. En ce moment, il existe une paralysie complète de tous les muscles du corps, excepté le diaphragme. Immobilité absolue des côtes; pas de contractions des scalènes, des sterno-mastoïdiens, ni des autres muscles cervicaux. Expression cadavérique de la face : les traits sont allongés et tout à fait immobiles, la bouche est ouverte, la mâchoire abaissée, les dents recouvertes d'un enduit sec; les globes oculaires sont tournés en haut et incomplétement recouverts par les paupières. Aphonie complète; dysphagie. Les mouvements des lèvres sont presque nuls; ceux de la langue sont très-restreints, fort lents, et la malade ne peut tirer cet organe hors de la bouche. Si on lui parle, elle répond à voix éteinte quelques mots entrecoupés et mal prononcés. D'ailleurs, pas de tremblement dès lèvres ni de la langue. Pas de mouvements convulsifs spontanés ou réflexes; pas de contracture ni de tremblement en aucun point du corps. Tous les membres sont dans un état de flaccidité remarquable. — La malade vient encore d'uriner volontairement.

Minuit. Les mouvements du diaphragme sont presque nuls; à peine l'abdomen est-il légèrement soulevé pendant les inspirations. Impossibilité complète d'émettre le plus léger son. Immobilité absolue des lèvres, de la langue, de la face et des yeux; quelques oscillations de la mâchoire inférieure expriment seules que la malade comprend les questions qu'on lui adresse et voudrait y répondre. Face cadavérisée, très-pâle, sans expression et couverte de sueurs froides. Pouls insensible.

La mort paraît immédiatement imminente.

Devant ce péril extrême, comme ressource ultime, j'essaye avec les plus grandes précautions de faire inspirer quelques gouttes de *chloroforme* à la malade. *Aussitôt et après quelques inspirations seulement, on la voit remuer les lèvres et prononcer quelques mots; en même temps, la face reprend une certaine expression. J'insiste : la parole revient, la respiration diaphragmatique se rétablit énergiquement; la malade ouvre les yeux et leur imprime les mouve-*

ments ordinaires; puis elle remue la tête et la respiration costale reparaît; enfin, à mesure que j'augmente la quantité de chloroforme, les membres supérieurs et ensuite les inférieurs recouvrent la faculté de se mouvoir.

La disparition de la paralysie s'effectue ainsi de haut en bas, en sens inverse de son invasion; les extrémités des membres restent toujours plus paralysées que leurs parties supérieures. Il est surtout remarquable que ces effets du chloroforme ne portent nullement sur les doigts ou les mains. Lorsque je suspends les inhalations, la paralysie ne tarde pas à se reproduire, pour disparaître de nouveau rapidement dès que j'y reviens. Mais elle perd peu à peu de son intensité, et, à chaque fois, elle est de moins en moins complète et générale. A deux heures, Mlle B...., aidée de deux personnes, peut s'asseoir sur un vase de nuit: évacuation très-normale des selles et des urines. — Le reste de la nuit se passe tranquillement, mais la paralysie se reproduit, bornée seulement aux quatre membres.

Obligé de supprimer les nombreux détails secondaires de cette observation, j'ajouterai que la paralysie a persisté avec des intermittences et de grandes variations d'intensité et d'étendue, mais se généralisant parfois, comme nous l'avons vu précédemment, et mettant alors la vie de la malade en danger. Jamais les muscles n'ont cessé d'obéir très-normalement à l'électricité, excepté ceux des avants-bras et des mains paralysés depuis longtemps. Constamment les effets du chloroforme ont été les mêmes. Plus tard, de graves complications se sont manifestées; un état paralytique permanent, à marche progressive ascendante, lente et régulière, avec abolition de l'irritabilité musculaire s'est établi, et la malade a succombé, asphyxiée par la paralysie graduelle des muscles respirateurs.

Il importe, cependant, de rapporter ici quelques particularités dont on appréciera la valeur lorsqu'il s'agira de discuter la nature de cette paralysie.

Il s'était manifesté une douleur siégeant tantôt à la région précordiale, tantôt à la région hépatique, ou bien, enfin, dans ces deux parties à la fois. Cette douleur, très-superficielle, augmentée par les moindres attouchements et surtout par le contact des corps froids, intermittente, revenant par accès irréguliers d'une intensité extrême, ne tardait pas à provoquer divers autres phénomènes nerveux, soit des mouvements convulsifs de la tête et des membres, soit une rigidité musculaire plus ou moins étendue, soit enfin ces curieux phénomènes paralytiques précédemment décrits. Il y a mieux, on les provoquait à volonté par des attouchements brusques des parties douloureuses, ou en y faisant

l'application d'une vessie remplie de glace. Tout aussitôt, la physionomie de la malade exprimait une vive souffrance et de l'anxiété, les membres s'alourdissaient, leurs mouvements devenaient moins faciles, puis complétement impossibles, les muscles respirateurs cessaient d'obéir à la volonté, la langue s'embarrassait, la voix s'éteignait, et, en un instant, le corps entier se trouvait dans un état de paralysie complète, allant parfois jusqu'à un état asphyxique. Mais lorsque l'action prolongée du froid avait affaibli ou aboli la douleur précordiale, ces accidents cessaient graduellement, la motilité redevenait partout normale et il s'effectuait un changement général des plus étonnants. On obtenait aussi toujours les mêmes effets au moyen de quelques inspirations de chloroforme. La malade semblait alors guérie, riait, causait, avait de l'appétit, jusqu'à ce que de nouvelles douleurs vinssent provoquer les mêmes phénomènes.

Les détails précédents sont extraits d'une longue observation que j'ai recueillie pendant mon séjour à l'établissement de Bellevue. Les phénomènes si complexes de cette affection singulière ont prêté, pendant la vie de la malade, à des appréciations dont il a été impossible de vérifier la valeur après sa mort. Un des médecins les plus distingués de Paris, aux soins duquel Mlle B... avait été confiée, voyait dans ces accidents multiples les signes d'une affection organique de la moelle, tandis que M. L. Fleury et M. Cruveilhier, appelés en consultation, les rapportaient à une névrose. Pour ma part, le début et la marche de cette maladie, l'intermittence, la mobilité, la multiplicité et les transformations si fréquentes des symptômes, les caractères intimes de la paralysie même, lorsqu'elle s'est manifestée, les excellents effets de l'hydrothérapie, ceux du chloroforme en dernier lieu, tout me semble autoriser cette dernière opinion et infirmer la première. Mais si, d'après ces probabilités, les centres nerveux n'étaient pas anatomiquement affectés, les désordres observés du côté du sentiment, du mouvement et des fonctions cérébrales tendent à prouver qu'ils jouaient un rôle important dans ces manifestations. On reconnaît dans cet ensemble les caractères de certains états morbides étudiés sous le nom d'*irritation cérébrale* ou *cérébro-spinale,* principalement par les auteurs anglais et américains (1), et englobés de nos jours dans

---

(1) Parrish, *Remarks on spinal irritation, in the Medical Journal of the med. sciences,* août 1832, p. 293; et in *Archiv. gén. de méd.*, Paris, 1833, t. I, p. 388.

cette monstrueuse entité qu'on appelle l'hystérie. Mais ce n'est pas ici le lieu d'aborder une question de doctrine.... Il s'agit en ce moment de déterminer la nature et la source des phénomènes paralytiques observés chez Mlle B....

Mlle B...., d'un tempérament primitivement nerveux, et cependant d'une santé assez bonne, était devenue dysménorrhéique et chlorotique à la suite d'une suppression accidentelle des règles. Depuis, elle avait été en proie à un état nerveux vague, au milieu duquel se dessinaient quelques phénomènes hystériformes, spécialement à chaque époque. Par la suite, de nouvelles suppressions de l'hémorrhagie mensuelle furent *constamment* suivies de manifestations morbides graves et, comme on l'a vu, c'est au milieu de semblables circonstances que les derniers accidents se sont développés. *Constamment* aussi, ces suppressions ont eu pour premier effet des symptômes excessivement douloureux du côté des organes contenus dans le bassin, avec une excitation génésique très-remarquable. Puis, ces premiers symptômes s'irradiaient graduellement et ouvraient, en quelque sorte, la scène à un ensemble formidable, évidemment consécutif au trouble des fonctions utérines, et ne pouvant être considéré que comme sympathique. Or, ce qui se passait pour les phénomènes de surexcitation qui constituaient ordinairement cet état pathologique, est aussi arrivé pour la paralysie. Rappelons-nous que le 26 mai, au lendemain d'une période menstruelle incomplète, accompagnée d'une plus grande excitation génitale, d'hyperesthésie générale, de mouvements convulsifs, de contracture, de gastralgie violente et de vomissements, se manifestèrent l'anesthésie et la faiblesse musculaire. Fallait-il aussi considérer comme sympathiques ces nouveaux accidents? L'analogie et les conditions au milieu desquelles ils se sont développés semblent autoriser cette appréciation ; voyons si elle est acceptable.

On sait qu'il existait chez Mlle B.... une paralysie ancienne

— Ch. Burns (de Glasgow), *On irritation of the spinal nerves, Glasgow Med. Journ.*, 1828, nº 11, et in *Archiv. gén. de méd.*, t. XIX, 1829, p. 423. — Dorwal, *Observation on some form's of spinal irritation*, 1829, in-8º. — Burns, *Traité des accouchements*, p. 474 et suiv., classe parmi les irritations cérébro-spinales des phénomènes propres aux femmes, qu'il s'attache à séparer de l'hystérie et qui offrent une ressemblance frappante avec l'état de Mlle B....

des muscles des mains et des avant-bras, présentant comme signes distinctifs une abolition à peu près complète de l'irritabilité musculaire et un léger degré d'atrophie. Ces circonstances et son caractère de fixité, de permanence, la distinguaient, par conséquent, de la paralysie intermittente qui s'était accidentellement développée sous nos yeux, et dans laquelle, d'ailleurs, les muscles ni les cordons nerveux n'avaient rien perdu de leur excitabilité. En outre, l'une cédait au chloroforme, qui restait impuissant sur la première. Ces deux états, dont les effets étaient analogues, se trouvaient donc essentiellement différents dans leur nature. Et, en effet, si je ne me trouvais limité par des bornes étroites, je pourrais démontrer que l'ancienne paralysie consistait en un état pathologique du muscle lui-même et étranger au système nerveux, tandis que la paralysie récente dépendait d'une modification fonctionnelle du système nerveux central. C'est un remarquable exemple de ces combinaisons de formes morbides que j'ai signalées ailleurs, et qui répandent tant d'obscurité et de difficulté dans l'étude des affections nerveuses, lorsqu'on néglige de soumettre chaque cas au crible d'une minutieuse analyse.

Il existait donc chez cette malade des phénomènes paralytiques de deux ordres, les uns rentrant dans le sujet de ce Mémoire, les autres n'ayant aucun rapport avec lui ; par conséquent, il ne peut être question que des premiers.

Or, si l'on tient compte de leur intermittence, de l'intégrité, de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des troncs nerveux et, en même temps, de l'absence de mouvements convulsifs spontanés ou réflexes dans les parties actuellement paralysées, enfin de l'influence du sommeil et du chloroforme sur le désordre du mouvement, on n'hésitera pas à considérer tout cet état paralytique comme indépendant d'une lésion matérielle de l'encéphale ou de la moelle, pour peu qu'on soit familiarisé avec la valeur des signes que je viens d'énumérer. La marche envahissante particulière du mal confirme encore cette appréciation : cette paralysie à invasion progressive régulière qui, partie des extrémités des quatre membres, s'élève peu à peu vers leurs régions supérieures, puis atteint successivement les muscles du tronc, du cou, de la face, de la langue, de la mâchoire inférieure, en respectant jusqu'à la fin la vessie et le diaphragme, la marche de cette paralysie, dis-je, présente une physionomie tout à fait insolite et étrangère aux lésions du système nerveux ; ici, comme dans l'agonie, comme sous l'influence du chloroforme, le mouve-

ment s'éteint, non d'après l'ordre anatomique, mais d'après l'ordre physiologique, en sorte que l'influence morbide semble agir sur le système nerveux ou moteur dans un ordre conforme à la résistance vitale de leurs diverses parties et porter plutôt sur la fonction que sur la structure. Des autopsies actuellement nombreuses m'ont démontré, en effet, qu'alors l'état anatomique du cerveau, de la moelle, des nerfs et des muscles n'a subi aucune modification appréciable. Aussi, cette forme particulière, que je nomme *progressive ascendante*, et que je me propose de faire plus amplement connaître dans un prochain Mémoire, est-elle vraiment spécifique, pathognomonique et, suivant moi, sa constatation suffit pour autoriser à nier l'existence d'une altération organique.

Tout cet ensemble symptomatique distinguait donc nettement la maladie de Mlle B.... des affections matérielles du système nerveux, lors même qu'on ne prendrait nullement en considération les autres circonstances de cet état morbide complexe. Il s'agit, par conséquent, de chercher, parmi les paralysies dites essentielles, de quelle espèce se rapproche l'affection de Mlle B....

J'éliminerai d'abord tout un groupe caractérisé par la diminution de l'irritabilité musculaire, puisque cette propriété de tissu n'a jamais été modifiée chez notre malade. Ce groupe comprenant, parmi les plus communes, les paralysies chlorotiques et anémiques, les paralysies saturnines, celles que produit l'action du froid et de l'humidité (contrairement à l'opinion de M. Duchenne), nous n'aurons plus à nous occuper de ces espèces; j'éliminerai de même les paralysies rhumatismales proprement dites, aucune circonstance de la maladie ne permettant d'y songer. Il nous reste alors à choisir entre des espèces excessivement rares, que rien n'autorise à suspecter, et les paralysies hystériques et sympathiques. En définitive, le diagnostic différentiel doit avoir pour objet ces deux dernières catégories.

Mais ici se produit une difficulté à peine aperçue de ceux qui ont abordé le même sujet, et dont la solution est pourtant du plus haut intérêt au point de vue pratique:

Qu'est-ce qu'une paralysie hystérique ?

Il existe dans la science un immense chaos sur cette question. On a confondu et on confond tous les jours des états dont la pathogénie et, par conséquent, les indications thérapeutiques sont essentiellement différentes. Quiconque a observé des paralysies *dites hystériques,* a pu remarquer la diversité des circonstances qui président à leur développement. Les unes, *les*

paralysies hystériques proprement dites, succèdent à des accès convulsifs plus ou moins violents, et se dissipent après quelques instants, quelques heures ou quelques jours de durée, à moins que les accès, se répétant fréquemment, n'entretiennent cet état du système musculaire. Mais lorsqu'ils viennent à cesser spontanément ou lorsqu'on obtient artificiellement ce résultat, les parties paralysées ne tardent pas à revenir à leur état normal. S'il en est autrement, l'observation démontre que derrière la cause apparente se cache une autre influence, agissant directement sur la sensibilité et le mouvement.

Les autres sont indépendantes des accès convulsifs, se développent collatéralement et comme une manifestation particulière de l'état nerveux ; on les voit même survenir chez des sujets n'ayant pas de convulsions. D'ailleurs, comme les premières, elles peuvent être mobiles, intermittentes, très-variables dans leur siége et leur marche; mais souvent aussi, elles ont une fixité qui n'appartient nullement à l'espèce précédente.

Dans la première de ces catégories, on peut considérer la paralysie comme le résultat d'une sorte d'épuisement nerveux qui, d'ailleurs, n'est pas spécial à l'hystérie et se manifeste dans une multitude de circonstances où il y a eu dépense excessive d'action nerveuse. On l'observe, par exemple, après quelques attaques d'épilepsie et d'éclampsie ; on l'a vue survenir à la suite d'un coït très-fatigant, et c'est un fait, à ce qu'il paraît, assez commun chez le cheval ; c'est aussi l'un des effets de la foudre, et on peut le produire artificiellement, chez les animaux, en les soumettant à de violentes commotions électriques localisées sur diverses parties du corps. Dans presque tous ces cas, je le répète, le mouvement ne tarde pas à se rétablir. Il y a quelques années, un homme, foudroyé sur le pont d'Austerlitz, fut conduit à l'Hôtel-Dieu, complétement paraplégique ; quelques heures après, il pouvait se servir de ses membres inférieurs, et quitta bientôt l'hôpital tout à fait guéri. On peut donc attribuer ces sortes de paralysie à un véritable épuisement nerveux, soit qu'on admette une dépense excessive de fluide nerveux, soit qu'on suppose une hyposthénisation fonctionnelle des centres nerveux. L'impuissance ou la faiblesse musculaire momentanée qui succède aux fatigues de la marche est encore un fait presque normal très-analogue à ces phénomènes pathologiques. Qui n'a pas éprouvé cette impuissance du mouvement dans les mains ou les bras après un déploiement énergique de force ou à la suite d'un effort longtemps soutenu ?

Mais, dans la seconde catégorie, impossible de faire intervenir cette explication, la paralysie se développant en dehors des phénomènes convulsifs et souvent en leur absence complète. Le mécanisme de l'affection est bien différent; c'est, comme je l'ai dit, une manifestation spéciale qui naît directement de la cause d'où procèdent les autres phénomènes nerveux. Dès lors, on le comprend, les indications curatives sont toutes différentes et doivent s'adresser, non plus comme tout à l'heure, à l'un des phénomènes de la névrose générale, mais à la cause ou aux causes qui en dominent les manifestations multiples.

Si j'ai été assez heureux pour faire saisir cette importante distinction, on comprendra, d'après ce qui précède, que la qualification d'hystérique, appliquée aux paralysies de cette seconde espèce, est excessivement vague et a le défaut de confondre des états à pathogénie et indications curatives bien distinctes. On sait, en effet, que les états nerveux complexes désignés sous la dénomination générique d'hystérie, peuvent naître sous l'influence d'une multitude de causes. On admet généralement une hystérie idiopathique, symptomatique et sympathique. Sans vouloir discuter ici l'existence de l'hystérie idiopathique, je puis citer comme symptomatique celle qui se développe chez les chloro-anémiques; parmi les hystéries sympathiques, la plus anciennement connue, celle qui a valu son nom à l'affection, c'est l'hystérie liée à une affection de l'utérus ou de ses annexes. Les nombreuses manifestations de l'hystérie peuvent donc être idiopathiques (?), symptomatiques ou sympathiques, et on doit appliquer ces données à la paralysie, aussi bien qu'aux autres phénomènes de l'affection. C'est ainsi que, dans l'observation IVe, la paralysie était évidemment sympathique de la grossesse, aussi bien que tous les autres accidents, puisqu'elle a disparu comme eux après l'accouchement.

Continuons maintenant l'analyse de la Ve observation. La paralysie dont Mlle B.... était atteinte rentrait assurément, si on la considère d'après les idées généralement reçues, dans la classe des paralysies dites hystériques. Mais au point de vue où je viens de me placer, l'appréciation de ce fait ne peut pas être aussi absolue, et on doit se demander à quelle catégorie il appartenait. Était-ce une paralysie hystérique proprement dite? Était-ce une névrose paralytique, symptomatique ou sympathique?

En procédant encore par voie d'exclusion, on arrive à rappro-

cher cette paralysie de la seconde espèce, car les paralysies de la première catégorie, comme nous le verrons plus loin, ne cèdent pas immédiatement au chloroforme et même augmentent sous l'influence de cet agent. C'était l'une des expressions de cette névrose complexe, qui avait pour point de départ un état pathologique de l'utérus consécutif à la suppression des règles. Le trouble du mouvement constituait donc un phénomène sympathique au même titre que tous les autres accidents nerveux. A l'appui de cette appréciation, je rappellerai encore une fois que la paralysie, chez Mlle B...., ne présentait aucun des symptômes propres aux lésions du système nerveux, ni aux paralysies chloro-anémique, saturnine ou par froid; qu'il n'était pas possible de la rapporter au rhumatisme, qu'elle ne s'est pas développée à la suite d'accès convulsifs comme les véritables paralysies hystériques et qu'elle en différait par sa manière de se comporter sous l'influence du chloroforme; qu'enfin elle a présenté cette particularité de disparaître pendant le sommeil comme dans les obs. I et IV, qui étaient bien certainement sympathiques et par les inhalations de chloroforme, comme dans l'obs. I (Mme C....). En outre, un détail de ce fait confirmait encore ce diagnostic : c'est la possibilité de développer à volonté des accès très-graves et très-complets de cette paralysie en surexcitant la sensibilité dans les parties hyperesthésiées, au moyen d'attouchements ou du contact d'un corps froid.

Ainsi, dans les obs. I, IV et V, les accidents paralytiques, qui cédaient au sommeil et à l'emploi des agents stupéfiants, étaient sympathiques d'un état morbide primitivement étranger au système nerveux et musculaire. Les remarquables particularités que je viens d'exposer seraient-elles donc spéciales aux paralysies sympathiques et serions-nous sur la voie d'un moyen de diagnostic important?

Je pose cette question ; mais, tout en penchant pour l'affirmative, je m'abstiendrai de présenter des conclusions exclusives avant de nouvelles recherches. Je dois cependant motiver en quelques mots l'opinion vers laquelle j'incline.

Les faits que j'ai réunis sont au nombre de six. Sur ce nombre, cinq fois les caractères de la paralysie et les circonstances concomitantes ne permettaient pas d'admettre une lésion organique du système nerveux. Une seule fois, dans le cas de Lallemand (obs. II), il peut y avoir doute à ce sujet; mais cette observation est trop incomplète pour autoriser même une dis-

cussion sur l'interprétation qu'en donne Lallemand (1), et, dès lors, elle ne saurait infirmer les conséquences des autres. D'ailleurs, depuis le commencement de mes recherches, j'ai soumis à l'action du chloroforme trois individus devenus hémiplégiques à la suite d'une apoplexie cérébrale, sans obtenir la moindre modification dans l'état des parties paralysées ; je me suis assuré aussi, autant que possible, que le sommeil n'y apporte aucun changement. M. Briquet et son interne actuel, M. Labbé, ont également essayé le chloroforme chez une femme évidemment atteinte d'une affection de la moelle : cet essai n'a eu d'autre effet que de diminuer la tendance à la contracture et l'action réflexe ; mais la paralysie est restée ce qu'elle était. Je ne puis admettre, par conséquent, que les phénomènes dont il s'agit puissent exister dans le cas d'affection matérielle des centres nerveux.

Il faut donc les rapporter à cette grande classe des paralysies dites essentielles. Or, parmi ces dernières, certaines sont caractérisées et constituées par la diminution ou l'abolition de l'irritabilité musculaire et quelques-unes par de l'atrophie. Il n'est pas probable que le chloroforme puisse rétablir le mouvement lorsque l'instrument du mouvement est altéré dans ses propriétés de tissu ou dans sa structure. Et, en effet, chez Mlle B.... (obs. V), il n'agissait nullement sur les muscles de l'avant-bras et de la main, privés depuis longtemps de leur irritabilité, on peut s'assurer qu'il ne réussit pas davantage dans les paralysies saturnines.

Restent les paralysies essentielles avec conservation de l'irritabilité musculaire, parmi lesquelles se placent : les paralysies hystériques, les paralysies sympathiques, quelques paralysies de nature rhumatismale, et certaine forme encore mal définie, propre aux gens nerveux des deux sexes, et, suivant moi, voisine des paralysies hystériques. Des expérienees ultérieures nous apprendront, j'espère, ce que le chloroforme, les narcotiques et le sommeil peuvent sur chacune de ces espèces. Jusqu'ici mes investigations n'ont porté que sur les paralysies sympathiques et hystériques, et on verra, par les obs. VII et VIII, que, dans ces dernières, les stupéfiants et le sommeil restent sans effet.

---

(1) Lallemand, admettant une lésion cérébrale, y voyait une preuve de l'indépendance d'action de la moelle.

Nous arrivons ainsi à limiter, jusqu'à nouvel ordre, cette curieuse action du chloroforme et du sommeil naturel aux paralysies sympathiques, puisque telle était, incontestablement, la nature des accidents paralytiques chez trois des six malades qui ont présenté ces phénomènes. On trouverait d'ailleurs dans cette interprétation une explication simple de faits aussi insolites ; le sommeil et les moyens stupéfiants agissent, en pareil cas, en diminuant le retentissement sympathique, quel que soit, du reste, le mécanisme de cet effet.

Toutefois, je le répète, cette manière de voir ne saurait être acceptée avant d'avoir été confirmée par des recherches nouvelles. Si elle paraît conforme au plus grand nombre des faits qui me sont propres, il n'est pas certain qu'elle soit applicable à l'observation de Lallemand, par exemple, ni même à celle de M. Bonnefous. Cependant la grande analogie de ce dernier cas, avec les détails de l'obs. V (M[lle] B....), me porte à penser qu'il s'agissait, chez ces deux malades, d'une affection de même nature. Mais je reste dans un doute absolu au sujet d'un sixième exemple, dont voici le résumé :

Obs. VI.—M. L. D...., âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu robuste, a conservé, depuis une pleurésie qu'il eut à l'âge de 7 ans, un état d'essoufflement continuel et des palpitations très-pénibles. A ces accidents se sont successivement ajoutés des accès de suffocation vers l'âge de 10 ans, plus tard un état nerveux avec accès hystériformes, qui persistent encore aujourd'hui; enfin des pollutions nocturnes, puis une spermatorrhée diurne, surtout pendant la défécation.

M. L. D.... entre dans cet état à l'établissement de Bellevue, le 16 février 1856. Mais outre les phénomènes précédents, l'examen sthétoscopique et plessimétrique fait reconnaître tous les signes d'une hypertrophie considérable du cœur, conformément au diagnostic déjà porté par M. Barthez. Le malade accuse aussi des douleurs parfois très-vives à la région précordiale. De plus, je découvre les signes et les troubles fonctionnels caractéristiques de la *paralysie du diaphragme*. M. L. D.... après plusieurs mois de traitement hydrothérapique, sous la direction de M. L. Fleury, quitte Bellevue dans un état d'amélioration très-sensible. Mais au bout de six semaines ou deux mois, tous les accidents prennent une intensité nouvelle, et, à la suite de fatigues et d'émotions fréquemment répétées, les symptômes du côté du cœur prennent un caractère aigu, avec fièvre, voussure précordiale, douleurs vives, etc. Pendant ce temps, les troubles de la respiration aug-

mentent : dyspnée extrême, aphonie presque complète, etc. Le calme se rétablit après un repos prolongé. Néanmoins, quand je revois M. L. D..., à Paris, je le trouve dans le même état qu'avant son entrée à Bellevue.

8 *février* 1857. Tous les signes d'une affection du cœur persistent ainsi que les douleurs précordiales; seulement le volume de l'organe est peu considérable. Les symptômes de la paralysie du diaphragme restent les mêmes. Cette affection a toujours présenté et présente encore des particularités remarquables : comme dans tous les cas de ce genre, l'épigastre et les hypochondres se dépriment pendant l'inspiration et font saillie dans l'expiration. Mais chez M. L. D...., cette dépression est portée à un tel point, surtout pendant les grandes inspirations, que les parois abdominales s'accolent littéralement à la base du thorax de manière à en dessiner la coupe transversale. Les mouvements respiratoires sont très-fréquents et constamment proportionnés à la rapidité des battements du cœur qui est considérable. Le pouls marquant de 90 à 108 et le malade étant calme, je compte toujours de 32 à 40 inspirations volontaires par minute; mais, en outre, il existe des mouvements d'inspirations et d'expirations qui semblent complémentaires et qui sont tout à fait indépendants de la volonté. Ceux-là sont parfaitement isochrones aux battements du cœur dès que le malade est agité et quand les douleurs précordiales sont plus vives. Lorsque M. L. D.... est calme et ne souffre pas, on en compte seulement de 60 à 70 par minute, le pouls restant à 108. Un autre fait à signaler, c'est que chaque grande inspiration produit une intermittence complète du pouls artériel.

Sur des interrogations directes le malade assure que, lorsqu'il s'éveille la nuit ou le matin, l'état de la respiration est bien différent de ce qu'il est pendant le jour. Ces désordres ne se manifestent bien que dix minutes ou un quart d'heure après le réveil. J'ajouterai, dès à présent, que, sur ma recommandation, *la respiration de M. L. D.... a été spécialement surveillée pendant son sommeil par ses parents. Ils affirment qu'elle diffère beaucoup de son état habituel, qu'elle est calme, bien régulière et en tout semblable à celle d'une personne bien portante; l'épigastre fait saillie pendant l'inspiration et s'affaisse dans l'expiration.*

Je soumets aujourd'hui le malade à des inhalations de chloroforme. *Le sommeil se produit très-lentement; mais, à mesure que les effets se manifestent, les battements du cœur diminuent de fréquence, et les mouvements involontaires d'inspiration et d'expiration ne tardent pas à cesser. A ce moment, le signe pathognomonique de la paralysie du diaphragme, la dépression de l'épigastre et des hypochondres pen-*

dant l'inspiration, est plus apparent que jamais. Peu à peu, quelques soulèvements de l'épigastre se manifestent pendant l'inspiration, et bientôt la respiration s'effectue de la manière la plus normale. A chaque inspiration l'épigastre et les hypochondres se soulèvent, puis s'affaissent pendant l'expiration. Alors le nombre des mouvements respiratoires est descendu à 10 ou 12 par minute, et les battements du cœur et du pouls ne dépassent pas 63 à 65. Les intermittences que j'ai signalées dans le pouls à chaque grande inspiration n'ont plus lieu. A l'auscultation, les bruits du cœur ont maintenant un timbre très-normal et une régularité parfaite. A mesure que les effets du chloroforme se dissipent, tout se reproduit par degré. Mais pendant une demi-heure environ après le réveil, le pouls reste à 69. Le nombre des inspirations ordinaires ne s'élève pas au-dessus de 12 à 15, et les mouvements involontaires ne reparaissent qu'un peu plus tard.

Déjà, à Bellevue, j'avais constaté ces mêmes effets du chloroforme chez M. L. D...., et je les ai encore observés depuis l'essai que je viens de raconter. Sur cette indication, je prescris l'application d'un petit vésicatoire à la région précordiale, et je le panse moi-même avec 0,025 *milligr. de chlorhydrate de morphine*. Une heure environ après l'application de la morphine, le pouls s'abaisse de 108 à 90, 82 et 75; les mouvements inspirateurs involontaires deviennent très-faibles et tombent à 40 par minute; les inspirations ordinaires descendent de 35-40 à 30, 25 et 20. En même temps, et d'une manière très-manifeste, la dépression de l'épigastre devient moins évidente pendant l'inspiration, et la volonté du malade peut même soulever légèrement cette région. Au bout de deux heures, le désordre reprend le dessus.

Ces vésicatoires et ces pansements ont été continués pendant plus d'un mois : les mêmes modifications ont toujours eu lieu, mais d'une manière de plus en plus marquée. Peu à peu, l'amélioration, d'abord très-passagère, est devenue permanente et très-appréciable. Malheureusement, une éruption furonculeuse m'a obligé à suspendre ces applications; néanmoins, l'amélioration obtenue a persisté. M. L. D.... est maintenant soumis à une médication complexe, dirigée contre la spermatorrhée et l'état de débilitation générale dans lequel il se trouve. Aujourd'hui, malgré les signes physiques incontestables d'une hypertrophie du cœur, je mets en doute l'exactitude de cet alarmant diagnostic, et je me demande, avec M. L. Fleury, s'il ne s'agissait pas d'un simple état congestif analogue à celui que les affections chroniques développent fréquemment dans le foie et la rate.

Ce malade est encore soumis à mon observation. Peut-être la marche ultérieure de l'affection me fournira-t-elle des données

plus satisfaisantes sur la véritable nature de cette paralysie; mais jusqu'alors je m'abstiendrai de toute discussion à ce sujet. Remarquons cependant les singuliers rapports qui existent chez M. L. D.... entre l'état du cœur et les troubles de la respiration.

Nous avons vu que certaines paralysies cèdent immédiatement à l'influence des agents stupéfiants et surtout du chloroforme. Ces mêmes moyens sont encore applicables au traitement de quelques autres paralysies, mais avec des effets moins rapides. Alors, leur action, au lieu de s'adresser directement au trouble fonctionnel, porte sur la cause qui en a provoqué le développement. C'est ainsi qu'a évidemment agi le chloroforme dans une observation dont voici les principaux détails:

Obs. VII. — Une femme de 23 ans, depuis longtemps chloro-anémique, était tombée graduellement dans un état nerveux vague, mais très-pénible, lorsque, à la suite d'une émotion morale vive, elle fut prise de convulsions hystériques. Cet accident se reproduisit d'abord de loin en loin et à l'occasion de diverses impressions physiques ou morales.

Plus tard, les accès devinrent très-fréquents et se manifestèrent d'une manière toute spontanée, sans aucune provocation; enfin, ils finirent par avoir lieu presque tous les jours. Dès le début, la malade remarqua qu'après chaque accès les deux membres inférieurs restaient très-faibles pendant quelques heures; elle éprouvait aussi une certaine difficulté à fermer ou étendre les doigts. D'abord, cette faiblesse n'eut qu'une courte durée; mais, quand les accès se rapprochèrent, cet état se dissipa chaque fois moins complétement; au lieu de présenter des intermittences de quelques semaines ou de quelques jours, comme auparavant, il prit, pour ainsi dire, un type subintrant, puis simplement rémittent. Il s'établit alors une véritable paralysie qui, très-complète après les attaques, diminuait un peu dans leur intervalle, et alors la malade pouvait marcher, quoique avec peine; mais un nouvel accès augmentait encore l'affaiblissement. Enfin, la paralysie devint tout à fait permanente.

Lorsque je vis cette jeune femme pour la première fois, le 10 mars 1855, la marche, la station debout et même les mouvements des membres dans le lit étaient impossibles. Les doigts de la main gauche ne s'ouvraient et ne se fermaient qu'avec peine. Miction et défécation

normales; analgésie presque générale; irritabilité musculaire intacte; pas d'atrophie ; pas de mouvements réflexes ni convulsifs spontanés en dehors des accès ; pas de contracture, etc.

Outre le traitement antichlorotique, dans le but de combattre les attaques ou d'en modérer la violence, je prescrivis progressivement à la malade de 0,025 milligr. d'extrait gommeux d'opium à 0,15 centigr. par jour. En outre, elle prit trois fois par jour une cuillerée à café d'éther sulfurique dans un demi-verre d'eau ; enfin, dès qu'elle commençait à éprouver les phénomènes précurseurs des accès, on lui faisait inspirer de trente à quarante gouttes d'un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther.

Dès les premiers jours, ce dernier moyen eut pour effet de prévenir les convulsions ou de les arrêter quand j'arrivais trop tard ; mais l'irrégularité des heures des accès fut d'abord un obstacle à l'emploi des inhalations en temps opportun, jusqu'à ce que j'aie cru prudent d'autoriser les parents à agir seuls. A partir de ce moment, les attaques furent graduellement plus rares, et, au bout de six semaines environ, on put se passer du chloroforme, de l'éther et de l'opium. A mesure que les accès s'éloignèrent, la paralysie devint chaque jour moins complète ; celle de la main gauche disparut la première. Le 15 avril, la malade put marcher dans la chambre ; le 25, elle fit une promenade à pied dans Paris, et dès lors la guérison persista.

Pendant les inhalations de chloroforme et d'éther, je n'ai jamais remarqué la moindre modification favorable dans l'état des parties paralysées. La malade se plaignait, au contraire, d'une plus grande lourdeur dans les membres, et la pression de la main gauche était manifestement encore plus faible.

J'ai appris récemment que cette jeune femme est morte en province avec les symptômes d'une phthisie pulmonaire.

Chez cette malade, la paralysie avait été évidemment consécutive aux attaques hystériques dont elle subissait toutes les fluctuations, disparaissant ou diminuant quand elles cessaient ou s'éloignaient, et se reproduisant dès qu'elles devenaient plus fréquentes ou plus intenses. Le chloroforme et l'éther, en prévenant les convulsions ou en modérant leur violence, remplissaient donc, vis-à-vis du trouble du mouvement, une indication capitale; aussi, lorsque, par l'emploi de ces moyens, on fut parvenu à éviter les accès pendant un certain temps, les membres inférieurs revinrent à leurs fonctions. J'interprète d'une manière identique les effets du chloroforme dans une seconde observation, très-analogue à la précédente, qui a été publiée *in*

extenso par M. L. Fleury (*Monit. des Hôp.*, décembre 1856). Je rappellerai seulement de ce fait ce qui a rapport à mon travail :

Obs. VIII. — M. L...., âgé de 17 ans, très-grand et faiblement constitué, d'un tempérament nerveux, fut atteint, vers l'âge de 12 ans, d'une fièvre intermittente tierce, puis quotidienne, qui céda d'abord à la quinine, mais qui devint, par la suite, rebelle à toutes les médications employées. Cette affection se dissipa spontanément au retour de la belle saison, pour reparaître au commencement de l'hiver suivant. Pendant quatre années consécutives, les choses se passèrent ainsi ; mais en 1856, la fièvre persista malgré le retour de l'été. Outre les accidents fébriles, il s'était développé chez M. L.... un état nerveux, vague, général. Le 5 février 1856 eut lieu une attaque convulsive semblable à celles que j'ai pu observer plus tard. Dès lors, chaque jour, il y eut un ou deux accès, d'abord à des heures irrégulières, puis régulièrement à l'heure de l'accès fébrile, pendant la période de froid. Cependant, toute impression physique ou morale provoquait encore des convulsions en dehors du moment de la fièvre.

Dès les premières attaques, les membres inférieurs s'affaiblirent, et, au bout d'un mois, il y avait une paraplégie complète qui persista aussi bien que les convulsions et les accès fébriles, malgré un traitement actif. Le malade fut envoyé dans cet état à Bellevue, le 10 juillet 1856, cinq mois après le début de ces accidents graves.

Chaque jour, vers quatre heures, un accès fébrile. Pendant la période de froid éclatent de violentes convulsions sans perte de connaissance, qui sont nettement hystériques. — Paralysie complète du mouvement des membres inférieurs. Miction et défécation normales. Irritabilité musculaire et excitabilité des cordons nerveux bien conservées. Pas d'atrophie. Pas de mouvements réflexes ni de mouvements convulsifs spontanés dans les parties paralysées, excepté pendant les accès. Alors les membres inférieurs sont agités de convulsions plus violentes que le reste du corps. Pas de contractures ni de contractions fibrillaires. Hyperesthésie presque générale, mais surtout marquée à la région vertébrale et sur la moitié inférieure du tronc. Dans ces points, la sensibilité est telle que le moindre attouchement provoque des cris et même des convulsions.

Le 11 juillet, le traitement hydrothérapique est commencé par un enveloppement dans un drap mouillé. Mais cette application détermine immédiatement l'accès fébrile, puis un accès convulsif plus long et plus violent que d'ordinaire. Le 13, aux premiers mouvements convulsifs, le malade est soumis à des inhalations de chloro-

forme, et l'accès avorte. Chaque jour, la même précaution est prise, et les convulsions n'ont plus lieu qu'à des intervalles de plus en plus éloignés.

Du 13 *juillet* au 4 *août*, il n'y a eu que deux accès qui, d'ailleurs, ont été rapidement arrêtés au moyen du chloroforme. Le 21 juillet, les membres inférieurs exécutent quelques mouvements; les jours suivants, ils prennent de la force.

Le 30, la station debout est possible.

Le 3 *août*, le malade peut marcher, et le 6, il fait deux kilomètres à pied. Dès lors, cette paralysie datant de cinq mois est complétement guérie après trois semaines de traitement.

Jamais la paralysie n'a diminué pendant la chloroformisation; dans ces moments, au contraire, les mouvements légers que le malade pouvait imprimer d'ordinaire aux parties supérieures des membres pelviens devenaient tout à fait impossibles. Le malade a été aussi surveillé pendant son sommeil, et on n'a pas remarqué que la paralysie fût alors modifiée.

A partir du 19 juillet, les enveloppements ont été supportés sans chloroforme, et le traitement hydrothérapique a été complétement appliqué, et avec les résultats les plus satisfaisants.

La paraplégie avait rapidement succédé aux premiers accès convulsifs; on voit qu'elle a disparu de même quand les convulsions sont devenues plus rares et moins violentes. L'emploi du chloroforme n'avait eu primitivement pour but que de prévenir chez ce malade les violentes attaques provoquées par les premières applications froides; mais il est certain que le retour du mouvement ayant coïncidé, comme dans l'obs. VII, avec la disparition graduelle des convulsions, on doit faire honneur de ce résultat plutôt à l'agent anesthésique qu'aux procédés hydrothérapiques, qui, dans le principe, exaspéraient tous les phénomènes nerveux, malgré leur incontestable utilité vis-à-vis de l'affection générale.

Ainsi, dans ces deux cas, ce n'est plus à la paralysie même que s'est adressé le chloroforme, mais à la cause d'où elle procédait, c'est-à-dire aux accès convulsifs. Ici, la paralysie, loin de diminuer immédiatement sous l'influence du chloroforme, comme dans les premières observations, semblait encore augmenter. Or, je crois inutile d'élever une discussion sur la nature de la paralysie chez ces deux malades : il s'agissait évidemment d'une paralysie hystérique proprement dite. J'ai constaté une troisième fois la résistance des paralysies de cette espèce à l'ac-

tion directe du chloroforme avec M. Labbé, chez une femme du service de M. Briquet, atteinte d'une hémiplégie hystérique. Enfin, j'observe encore actuellement une dame hystérique qui, après chaque accès, éprouve pendant quelques heures une impuissance musculaire complète dans les membres inférieurs. Les inhalations d'éther et de chloroforme ne changent rien à cet état. Ajoutons que dans aucun de ces cas le sommeil ne paraît avoir modifié la paralysie, et j'ai particulièrement observé le jeune L.... (obs. VIII) sous ce rapport.

Le chloroforme et, probablement, tous les agents capables d'exercer sur le système nerveux une influence stupéfiante, peuvent donc intervenir dans la thérapeutique des paralysies, mais d'une manière différente, selon la nature de l'affection. Tantôt c'est directement et comme modificateurs immédiats de la perturbation nerveuse qui produit le désordre fonctionnel ; tantôt c'est par une action éloignée sur la cause déterminante du mal. Dans le premier cas, la paralysie cède instantanément, mais pour se reproduire ensuite ; dans le second, elle se dissipe progressivement après un temps plus ou moins long, suivant les changements apportés à la cause dont elle est la conséquence. Quelques-unes des observations consignées dans ce travail feront comprendre la nature des services que de tels moyens peuvent rendre dans la pratique. Ainsi, dans l'obs. V (Mlle B...), l'usage du chloroforme a rappelé la malade à la vie, au moment où la mort semblait imminente.

Mais outre ces données thérapeutiques nouvelles, les faits dont il vient d'être question me paraissent conduire à des conclusions importantes au point de vue du diagnostic. En effet, chez ceux de ces malades dont j'ai pu recueillir moi-même les observations (obs. I, V, VI, VII, et VIII), les symptômes intimes, caractéristiques de la paralysie, ont toujours été identiques. Chez tous j'ai noté : la conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des cordons nerveux ; l'intégrité de la nutrition musculaire ; l'absence de mouvements réflexes ou convulsifs spontanés, de contracture, de contractions fibrillaires et de tremblement dans les parties actuellement privées de mouvements volontaires et en dehors des accès convulsifs généraux, quand il y en avait.

Or, cet ensemble constitue la symptomatologie spéciale d'un groupe dans lequel viennent se placer un certain nombre d'espèces de nature différentes, entre autres et surtout les paralysies hystériques et sympathiques. Entre ces diverses espèces, il se-

rait donc heureux de trouver des phénomènes distinctifs. Pour ma part, je suis porté à croire que les différences d'action du sommeil, du chloroforme et des autres agents stupéfiants, vis-à-vis des paralysies de ce groupe, constituent un élément de diagnostic précieux. Suivant moi, les paralysies sympathiques seules sont aptes à subir ces rapides modifications signalées dans les six premières observations, et elles se distingueraient ainsi des paralysies hystériques proprement dites, sur lesquelles ces mêmes moyens n'ont aucune influence immédiate.

J'ai cherché à appeler l'attention, dans ce mémoire, sur des faits presque complétement inconnus, mais dont la valeur pratique n'échappera à personne. Si la nature de cette étude m'a conduit à des commentaires trop étendus, on ne doit pas oublier qu'il s'agit d'une des parties les moins explorées de la pathologie et les moins familières aux médecins. En abordant un tel sujet, il ne suffit pas d'énoncer les résultats de ses recherches, il faut surtout en démontrer l'exactitude. J'ai essayé de le faire, en discutant avec soin mes observations personnelles, en les appuyant d'exemples qui me sont étrangers, et, enfin, en invoquant, suivant les nécessités de mon sujet, les données physiologiques ou pathologiques actuellement acquises à la science. Le résumé suivant dissipera, d'ailleurs, je l'espère, ce que les développements dans lesquels je suis entré peuvent avoir laissé d'obscurité à ma pensée.

Conclusions.— 1° Il existe un groupe de paralysies du mouvement, caractérisées par un ensemble symptomatique dont voici les traits spécifiques : conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des troncs nerveux ; — intégrité de la nutrition musculaire ; — absence de mouvements réflexes, de mouvements convulsifs spontanés, de contractures, de contractions fibrillaires et de tremblement dans les parties actuellement privées du mouvement volontaire ;

2° Dans ce groupe se rangent surtout les paralysies hystériques et les paralysies sympathiques, généralement confondues sous la dénomination commune d'*hystériques ;*

3° Quelques-unes de ces paralysies disparaissent pendant le sommeil et cèdent immédiatement à l'action du chloroforme (probablement aussi de l'éther) et des narcotiques ; les autres ne sont nullement modifiées par ces diverses influences ;

4° Les premières paraissent appartenir à la catégorie des paralysies sympathiques; les secondes sont les paralysies hystériques proprement dites;

5° Ces différences d'action du sommeil et des stupéfiants constitueraient donc un moyen de diagnostic entre les paralysies hystériques vraies et les paralysies sympathiques;

6° Elles distinguent, en tout cas, les paralysies dans lesquelles on les observe de toutes celles qui dépendent d'une lésion organique du système nerveux ou musculaire;

7° Enfin, les agents stupéfiants et anesthésiques peuvent intervenir dans la thérapeutique des paralysies, soit comme moyens curatifs, soit comme palliatifs, ou simplement à titre d'auxiliaires.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, n. 5.